

154

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1907

N°

THÈSE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 13 février 1907, à 1 heure

PAR

Léon BÉRA

De la Faculté de médecine de Paris

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

DIAGNOSTIC DE L'AVORTEMENT

Président: M. SEGOND, Professeur.

PINARD, Professeur.

Juges: MM.

LEPAGE, Agrégé.

DUVAL (P.), Agrégé

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

PARIS

LIBRAIRIE MÉDICALE ET SCIENTIFIQUE
JULES ROUSSET

1, rue Casimir-Delavigne, 1

1907

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

Doyen	M. DEBOVE.
Professeurs	MM
Anatomie	POIRIER.
Physiologie	CH RICHET
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER
Histoire naturelle médicale	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD
Pathologie médicale	HUTINEL.
Pathologie chirurgicale	BRISSAUD
Anatomie pathologique	LANNELONGUE.
Histologie	CORNIL.
Opérations et appareils	MATHIAS DUVAL
Pharmacologie et matière médicale	SEGOND.
Thérapeutique	POUCHET
Hygiène	GILBERT.
Médecine légale	CHANTEMESSE
Histoire de la médecine et de la chirurgie	THOINOT.
Pathologie expérimentale et comparée	DEJERINE.
	ROGER.
Clinique médicale	HAYEM.
	DIEUJAFROY.
	DEBOVE.
	LANDOUZY.
Maladies des Enfants	GRANCHER.
Clinique de pathol. mentale et des malad. de l'encéphale.	JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER.
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND.
	LE DENTU
Clinique chirurgicale	TERRIER.
	BERGER.
	RECLUS.
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	ALBARRAN.
Clinique d'accouchements	PINARD.
	BUDIN.
Clinique gynécologique	POZZI.
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON.
Clinique thérapeutique	Albert ROBIN.

Agrégés en exercice.

MM	MM	MM	MM
AUVRAY.	DUPRE	LEGRY.	PROUST.
BALTHAZARD.	DUVAL.	LEGUEU.	RENON.
BRANCA	FAURE.	LEPAGE.	RICHAUD
BEZANÇON.	GOSSET.	MACAIGNE.	RIEFFEL (chef des
BRINDEAU.	GOUGET	MAILLARD.	Travaux anatomiques.
BROCA André.	GUIART.	MARION.	TEISSIER.
CARNOT.	JEANSELME.	MAUCLAIRE.	THIROLOIX
CLAUDE.	LABBE.	MERY.	VAQUEZ.
CUNKO.	LANGLOIS.	MORESTIN.	WALLICH.
DEMELIN.	LAUNOIS.	POTOCKI.	
DESGREZ.			

Par délibération en date du 8 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

Témoignage de profonde reconnaissance.

A MA GRAND-MÈRE

A MES PROCHES

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR SEGOND

Professeur à la Faculté de Médecine de Paris.
Chirurgien des Hôpitaux
Officier de la Légion d'Honneur.

AVANT-PROPOS

Durant le séjour que nous avons fait comme stagiaire à la maternité de l'hôpital Lariboisière, il ne se passait pas de semaine que nous n'eussions à observer et à soigner plusieurs femmes pour avortement. Souvent aux prises avec la difficulté de poser un diagnostic certain d'avortement et frappé de la facilité avec laquelle quelques avortements pouvaient être confondus avec des affections des organes de l'abdomen ou du bassin, nous avons, sur les conseils de notre maître M. le professeur agrégé BONNAIRE, entrepris cette étude.

Jusqu'ici ce sujet fut traité surtout au point de vue médico-légal : nous envisagerons uniquement la côté clinique et laisserons de côté le diagnostic de l'avortement tubaire, voulant limiter notre travail.

Prétendre ici à la nouveauté serait, nous le croyons, téméraire. Nous nous servons des nombreux matériaux fournis par nos maîtres, notre but n'étant que d'apporter notre part de travail et d'observation, heureux si nous ne sommes pas trop indigne de ceux qui nous ont devancé.

Au début de ce travail, il nous est une tâche bien agréa-

ble à remplir : remercier publiquement nos maîtres de l'excellent enseignement qu'ils nous ont donné au cours de nos études.

Ancien élève de l'École de Médecine de Reims, nous avons reçu de MM. les professeurs HARMAN, LUTON et SIMON pour l'anatomie, HACHE et LANGLET pour l'histologie et la physiologie les principes de ces sciences, bases de la médecine.

Nous avons rencontré, à l'Hôtel-Dieu de Reims, des professeurs dévoués qui ont dirigé nos premiers pas dans la carrière médicale ; par sa grande bonté, ses préceptes clairs et ses leçons toutes pleines d'intimité, M. le professeur DECÈS nous a rendu ces débuts plus faciles : nous adressons un hommage ému à sa mémoire.

MM. les docteurs H. HENROT, ancien directeur de l'École, COLLEVILLE, Adrien POZZI et GUEILLOT, dans les services desquels nous fûmes stagiaire et externe, nous ont fait profiter de la richesse de leur enseignement : qu'ils soient assurés de notre profonde gratitude.

M. le docteur DE BOVIS, avec sa grande bienveillance habituelle, nous a prodigué ses conseils ; nous lui adressons ici nos sincères remerciements.

Nous sommes profondément reconnaissant au regretté docteur DU CASTEL qui, à notre arrivée à Paris, voulut bien être pour nous un maître bon et dévoué ; nous fûmes ensuite stagiaire dans le service de M. le professeur GAUCHER : jamais nous n'oublierons les savantes cliniques de ces deux maîtres qui nous ont aidé à débrouiller le chaos des affections de la peau et des maladies vénériennes.

M. le docteur BONNAIRE, qui nous a initié à la pratique

si importante mais aussi difficile des accouchements, nous a donné des conseils pour la rédaction de ce travail. Il nous a toujours reçu avec une extrême bienveillance, et nous le prions de croire à notre sincère reconnaissance.

M. le professeur SÉGOND a bien voulu accepter la présidence de cette thèse. Nous le prions d'agréer l'expression de nos sentiments les plus reconnaissants pour le grand honneur qu'il nous fait.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

DÉFINITION ET DIVISION

L'avortement (1) est l'expulsion du produit de la conception avant la viabilité du fœtus.

Au point de vue légal, tout fœtus est viable qui a dépassé le cent quatre-vingtième jour de la vie intra-utérine. Grâce aux progrès réalisés par TARNIER, la clinique est maintenant d'accord avec la loi et nous pouvons admettre qu'un fœtus, né à la fin du sixième mois, est viable.

Certains accoucheurs préfèrent se baser sur le poids et l'habitus extérieur du fœtus et dire qu'un fœtus ne peut vivre s'il est de poids inférieur à 1.000 grammes.

L'avortement est de nos jours un accident extrêmement fréquent : « à parcourir les salles de nos maternités, écrivait M. le docteur Bonnaire, en 1905, dans la *Semaine médicale*, on ne peut échapper à une impression pénible en constatant le nombre excessif des avortements qui les en-

(1) Dans le public, les termes de « fausse couche » et « blessure » sont fréquemment employés comme synonymes d'avortement. D'après Cazeaux, il convient d'entendre par fausse couche l'avortement spontané, et par blessure, l'avortement causé par un accident.

combrent. » Cette fréquence est vraiment inquiétante. Aussi devons-nous joindre tous nos efforts pour arrêter les avortements simplement menaçants, et chercher, par une sage thérapeutique, à assurer aux grossesses futures une terminaison heureuse. Nous ne pouvons songer à atteindre ce but sans faire, au préalable, un diagnostic précis de l'avortement.

Ce diagnostic est habituellement facile quand l'avortement se fait à une période avancée de la grossesse ; il l'est également lorsque l'œuf est en voie d'expulsion : la contraction, l'hémorrhagie et surtout la dilatation du col de l'utérus suffisent pour nous faire craindre cet accident. Presque toujours l'avortement qui se présente avec ces signes bien nets est fatal. Nous ferons ce diagnostic dans notre premier chapitre, et, nous demandant s'il y a avortement, nous étudierons les symptômes des affections avec lesquelles on pourrait le confondre.

Comme avant tout nous voulons être pratique, sachant combien il est utile de connaître le moment où la thérapeutique devient impuissante à arrêter un avortement qui menace, nous verrons dans une seconde partie de cette étude les symptômes qui permettent d'affirmer que la fausse couche est inévitable.

Dans un troisième chapitre nous rechercherons si l'avortement qui nous occupe est fait et s'il est complet.

Enfin — et cela nous permettra de faire un pronostic et souvent aussi d'éviter des avortements pour les grossesses ultérieures — nous nous efforcerons de faire un diagnostic de cause.

CHAPITRE PREMIER

Y a-t-il avortement ?

Pour répondre à cette question, il nous est indispensable de savoir si la femme que nous examinons est en état de grossesse et de connaître la marche habituelle de l'avortement.

L'avortement ne débute pas toujours d'une façon invariable. Il est exceptionnel qu'il soit instantané : « Une femme, dit CAZEAUX, glisse en descendant un escalier et tombe sur le siège ; elle se relève et ses vêtements sont inondés de sang : un œuf de six semaines a été expulsé avec une grande quantité de sang liquide. Cela peut avoir lieu souvent au commencement de la grossesse. »

Il est plus fréquent de voir « des avortements lents dont la durée par exemple dépasse trois jours... » ; dans un certain nombre de cas il se passe même une ou plusieurs semaines avant que l'avortement soit complet. Cette lenteur fait le désespoir des médecins qui ne savent plus comment s'y prendre pour calmer les anxiétés de la famille et échapper aux questions et aux conseils dont on les accable » (TARNIER et BUDIN). Cette lenteur de l'avor-

tement est due à ce que : 1° les parois de l'utérus ne sont pas suffisamment développées, ses contractions sont faibles ; 2° Le col n'est pas encore ramolli et offre une résistance anormale : 3° Le placenta n'est pas encore formé (il ne l'est que vers la fin du troisième mois), l'œuf est plus adhérent par ses villosités nombreuses.

Dans l'avortement ordinaire, tel qu'on l'observe le plus souvent, celui dont la marche ressemble le plus à celle d'un accouchement normal, le début est rarement brusque. Il est tantôt précédé de douleurs analogues à la dysménorrhée, douleurs hypogastriques irradiées dans les lombes avec pesanteur dans le petit bassin, tantôt de contractions utérines douloureuses, de coliques utérines, accompagnées d'hémorrhagies. Si à ce moment on touche l'utérus, on le trouve dur, turgescant en quelque sorte. Ces douleurs et ces contractions se présentent souvent sous forme de crises qui se succèdent à plus ou moins longue échéance et précèdent les divers symptômes qui vont être une des bases de notre diagnostic.

Pour l'étude de ces symptômes nous conserverons la classification de MM. TARNIER et BUDIN dans leur *Traité des accouchements*, et nous verrons :

- 1° L'avortement pendant le premier mois de la grossesse :
- 2° — au cours du deuxième mois ;
- 3° — pendant les troisième et quatrième mois ;
- 4° — durant les cinquième et sixième mois.

1^o L'AVORTEMENT AU COURS DU PREMIER MOIS

Un médecin est rarement appelé pour un avortement au cours du premier mois. La plupart du temps celui-ci passe même inaperçu de la femme qui le subit. Parfois cependant la malade s'est inquiétée d'un léger retard de règles. A la suite d'une fatigue ou d'un effort exagéré elle a ressenti quelques douleurs dans l'abdomen. Ces douleurs, au début de courte durée, se sont reproduites pendant une quinzaine de jours et ont été bientôt accompagnées d'un écoulement de sang par le vagin.

Cette hémorrhagie, assez semblable à celle des règles, est cependant plus importante en quantité et en durée : le sang s'écoule soit pur, soit le plus souvent mélangé à des caillots. Les douleurs sont de forme intermittente et les crises coïncident avec l'expulsion de ces caillots. Habituellement, après s'être prolongées quelques jours, douleurs et hémorrhagie cessent et la malade se soucie peu de confier à un médecin le diagnostic de ce qui lui semble être un simple retard de règles.

Les phénomènes ne présentent pas toujours un caractère aussi bénin : fatiguée par l'hémorrhagie qui dure depuis quelque temps, la femme est forcée de s'aliter ; l'écoulement sanguin persiste, c'est un suintement continu de sang rouge, couleur brique, sans odeur désagréable. La malade est très faible, la peau « se décolore », les extrémités se refroidissent, le pouls devient fréquent et petit, la bouche est sèche et la soif vive, il survient de l'agitation, de l'anxiété, des bourdonnements d'oreille, des troubles

de la vue, des syncopes, et celles-ci sont parfois mortelles. » Enfin la femme n'a plus d'appétit, et se trouve dans un abattement extrême. Dans ces cas il est facile d'hésiter sur le diagnostic et de confondre la fausse couche avec une métrorrhagie rebelle de cause banale.

Ce qui rend surtout ce diagnostic difficile dans le cours du premier mois, c'est l'ignorance absolue dans laquelle nous nous trouvons souvent d'un début de grossesse. Parfois cependant un retard prolongé des règles chez une femme habituellement bien réglée, l'apparition précoce de phénomènes sympathiques, la coloration violacée de la muqueuse vulvaire, et, si nous en croyons HIPPOCRATE, la sensation toute spéciale que ressentent certaines femmes au moment du coït fécondant, pourront nous faire présumer un commencement de gravidité.

L'examen de la malade nous donne peu de renseignements : l'utérus augmente seulement de quelques millimètres en hauteur pendant les deux premiers mois, nous ne trouvons donc rien, par le palper, au-dessus de la symphyse.

Au toucher, le col est mou, dépressible, entr'ouvert, mais non diminué de longueur : il ne présente pas de différence notable avec ce qu'on observe au moment des règles ; le corps lui-même n'est pas plus augmenté qu'à cette période.

Les signes de la grossesse et les symptômes de l'avortement sont donc à cette période peu caractéristiques, il y a grande analogie entre ces derniers et ceux d'une menstruation retardée ; à peine une différence dans la durée et des douleurs plus accentuées peuvent-elles faire penser à

une fausse couche. Le diagnostic doit être confirmé par l'examen des caillots. Pourtant « le plus souvent on n'y trouve rien » l'œuf étant résorbé ; parfois cependant celui-ci est chassé au dehors sans se rompre, et on y retrouve presque toutes les particularités que présente l'œuf que nous décrirons au deuxième mois, si ce n'est son plus petit volume. L'œuf d'une semaine est à peu de chose près du volume d'une groseille (6 mm.) ; à deux semaines, il a la grosseur d'un raisin ; à trois semaines, il est comme une cerise, et à un mois il atteint à peine le volume d'une prune.

En résumé : signes de grossesse très douteux, symptômes d'avortement ressemblant beaucoup à une menstruation retardée, reconnaissance de l'œuf parmi les caillots, telles sont les bases sur lesquelles repose le diagnostic de l'avortement pendant le premier mois.

2° L'AVORTEMENT AU COURS DU DEUXIÈME MOIS.

En général, il a été constaté une absence de règles, ou bien les hémorrhagies de la dernière époque menstruelle ont été moins abondantes, ont duré moins longtemps, et la femme s'en est aperçu, à moins qu'elle ne soit habituellement mal réglée. En outre, quelques phénomènes sympathiques : troubles digestifs, nerveux, changement dans l'état moral et dans l'état physiologique, tendance au sommeil, gonflement des seins, etc... sont venus faire soupçonner à la malade et à son entourage une grossesse probable.

A l'occasion d'une chute, d'un choc, d'un coït ou plus

souvent d'une congestion menstruelle, la femme est prise de douleurs et perd du sang. C'est en général l'hémorrhagie qui, au deuxième mois, commence le décollement de l'œuf, puis surviennent les contractions utérines. Les douleurs, localisées dans le bas-ventre, s'irradient bientôt vers les lombes : elles sont sourdes et continues, mais présentent de temps en temps des crises aiguës qui obligent la malade à prendre le lit.

Les pertes, constituées d'abord par un écoulement de sang peu abondant augmentent en quantité ; le sang est rouge, puis rouillé, chocolat, brun noir avec des caillots foncés. Elles se répètent fréquemment sans cause ou sous l'influence de celles déjà citées. Ces pertes, étant pour bien des malades une simple reprise des règles interrompues, font que les femmes négligent souvent d'examiner les caillots et laissent passer inaperçu parmi eux le rejet de l'œuf et de la caduque utérine qui sortent en bloc avec de vives douleurs.

L'œuf expulsé, le calme revient, les hémorrhagies et les douleurs cessent.

Telle est la marche habituelle de l'avortement au deuxième mois : le retard des règles et quelques phénomènes sympathiques nous donnaient à croire que la femme était enceinte ; nous avons assisté à l'avortement et le diagnostic était facile. En présence de difficultés, c'est en examinant l'utérus et en y recherchant les signes de la gravidité et ceux de l'avortement que nous arriverons à faire notre diagnostic,

L'utérus est augmenté de volume, mais tandis que ses diamètres vertical et transversal sont à peine modifiés, le

diamètre antéro-postérieur est augmenté d'un tiers par suite de l'hypertrophie de la paroi musculaire, du développement de la caduque et de la croissance de l'œuf : ce diamètre est plus que doublé à la fin du deuxième mois (BRAUNE) ; nous pouvons nous en rendre compte par le palper combiné au toucher. L'utérus est resté organe pelvien, il ne peut être senti au palper abdominal (1).

Tandis que le corps a subi ces modifications, le col est à peine augmenté de volume ; il a cependant changé de consistance : il s'est comme œdématié. Au lieu d'être dure et fibreuse comme à l'état de vacuité de l'utérus, la partie du col la plus inférieure, la plus superficielle, est molle ; il semble qu'il y ait un boursoufflement de la muqueuse au dessous de laquelle le doigt perçoit la consistance propre du col. On a, nous disait M. BONNAIRE, une sensation analogue à celle qu'éprouve le doigt tâtant une table couverte d'un épais tapis de drap.

La consistance du corps de l'utérus est également modifiée : l'utérus est plus mou, il résiste encore au doigt, mais on arrive en insistant à remarquer une dépressibilité anormale, il a, dit-on, la consistance d'une *figue mûre*.

Cette mollesse utérine est un bon signe de grossesse au début, nous pouvons lui adjoindre le *signe d'Hégear* : phénomène que l'on perçoit par le palper combiné au toucher rectal ou vaginal. Entre le corps utérin et le col existe une région mince, ramollie, qui peut être comprimée entre le doigt vaginal ou rectal et la main qui déprime la paroi abdominale. Cette région peut être comprimée jusqu'à ne

• (1) *Thèse* du docteur Bourgeaud, 1902, Paris.

plus présenter qu'une épaisseur telle qu'il semble à l'observateur que ses deux doigts ne sont plus séparés que par une couche très mince qui, dans certains cas, a l'épaisseur d'une carte à jouer.

Tels sont les signes de gravidité que nous trouvons au deuxième mois ; sur quels symptômes nous baserons nous maintenant pour affirmer que la femme va faire ou qu'elle fait un avortement ? — C'est encore le toucher vaginal qui nous donnera des signes de certitude : pendant les contractions, le vagin est tendu, ligneux ; le fond de celui-ci et les culs-de-sac donnent au doigt la sensation qu'il éprouverait en explorant l'intérieur d'une *sébille de bois*. De plus, l'utérus est abaissé et son col est plus accessible.

Le col utérin est ouvert de l'orifice externe jusqu'à l'orifice interne, et celui-ci est perméable. Le canal cervical est rempli de caillots. On n'a pas encore d'effacement, mais une simple ouverture.

Peu à peu, l'orifice interne se dilate, s'élargit et sa paroi ne tarde pas à devenir continue à celle de l'utérus : le corps de l'utérus prolongé par le col ainsi dilaté et entr'ouvert rappelle assez la forme d'une *toupie allemande* dont on aurait arraché le clou.

L'œuf peut être trouvé soit dans le segment inférieur de l'utérus, soit dans le vagin. Le doigt rencontre en ce cas un caillot plus volumineux, plus ferme au milieu duquel se trouve une masse charnue, ovoïde, de la grosseur d'un abricot.

A cette époque, il est suffisamment volumineux pour que

son expulsion soit remarquée : il est au moins aussi gros qu'un œuf de pigeon ou un abricot.

Chassé au dehors, il a entraîné avec lui toute la caduque réfléchie et quelques lambeaux de sérotine, tandis qu'une déchirure s'est produite au point de jonction des caduques ovulaire et utérine. Cette dernière ne suit donc pas l'œuf, mais sera expulsée plus tard sous forme de lambeaux.

Si nous examinons plus attentivement cet œuf, nous le voyons de forme ovoïde, sa surface est lisse et rosée ; il est surmonté d'une aigrette grisâtre. Une incision nous montre successivement la caduque ovulaire, le chorion avec ses villosités, l'amnios et sa cavité.

Si l'œuf n'est pas intact, mais déchiré à sa surface, ce qui se produit quelquefois, son aspect change : nous apercevons directement les villosités choriales sur tous les points où la caduque ovulaire fait défaut. Mais ces villosités ne sont bien reconnaissables, déformées qu'elles sont souvent par les caillots, que si on les examine sous une couche d'eau dans laquelle elles flottent de façon caractéristique.

Parfois même la caduque ovulaire a livré passage à l'œuf, seul expulsé, et, sur toute sa surface, celui-ci est couvert de villosités choriales.

La caduque directe, qui est restée adhérente à l'utérus, ne va pas tarder à être éliminée : son apparence charnue, couenneuse, et les nombreux pertuis glandulaires que l'on trouve à sa surface interne la feront facilement reconnaître.

Enfin, les membranes de l'œuf peuvent elles-même s'être rompues, et l'on ne trouve plus, parmi les caillots,

qu'une poche vide au milieu de laquelle se trouve, déchirée en un point, la cavité amniotique.

Les auteurs admettent qu'au cours du deuxième mois, l'avortement se fait en bloc ; le docteur P. BRION, cependant, dans son *Etude critique sur 530 cas d'avortement* (1), conclut que l'avortement en deux temps est le plus fréquent. Expulsion de l'embryon d'abord, expulsion des membranes ensuite, telle est en ce cas la marche de l'avortement. Il faut donc bien noter que ce mode d'expulsion n'est pas le propre des avortements criminels, ainsi qu'on a eu tendance à le croire pendant un certain temps.

Si nous voulons nous résumer, nous dirons qu'au cours du deuxième mois, le diagnostic de l'avortement portera :

a) Sur un ensemble de symptômes et de signes qui, pris séparément, ne donnent que des probabilités de grossesse. Mais, nous disait souvent M. le docteur BONNAIRE, si dans ce cas une présomption ne prouve rien, un faisceau de probabilités entraîne une certitude ;

b) Sur les constatations faites par l'examen des organes génitaux ;

c) Sur l'examen approfondi des débris expulsés dans lesquels nous trouvons œuf et membranes.

3° L'AVORTEMENT AU COURS DES TROISIÈME ET QUATRIÈME MOIS

La femme qui est prise de pertes sanguines, et chez laquelle nous allons chercher à diagnostiquer un avorte-

(1) P. Brion. *Thèse*, Paris, 1892.

ment au troisième ou quatrième mois, nous présente le plus souvent des signes de grossesse non douteux : tels que suppression de plusieurs époques menstruelles, phénomènes sympathiques variés, gonflement des seins, turgescence des varices, etc... Son ventre s'est d'ailleurs quelque peu développé.

Cette femme est entrée à l'hôpital parce qu'elle souffrait de douleurs hypogastriques avec irradiations dans les lombes, le périnée, l'anus, la vessie ou les cuisses. Elle nous a apporté quelques lambeaux jaunâtres et rosés qu'elle a expulsés ; enfin, elle a une hémorrhagie.

Cette hémorrhagie n'est pas, dans tous les cas, semblable à elle-même : tantôt légère et tantôt abondante, tantôt intermittente et par crises qui se renouvellent après plusieurs heures, quelquefois après plusieurs jours d'intervalle ; tantôt continue sans interruption jusqu'à l'expulsion complète de l'œuf. Ces petites *ondées sanguines* ou cet écoulement continu finissent par anémier progressivement la malade et leur répétition peut constituer pour elle un danger.

Tel est l'ensemble des faits qui caractérisent, à cette époque, le début de l'avortement. Puis, si la menace n'est pas arrêtée, l'hémorrhagie persiste et les douleurs deviennent plus fortes, plus nombreuses et de plus en plus rapprochées, jusqu'à devenir continues. Ce sont de véritables contractions utérines, contractions douloureuses qui témoignent des efforts que l'utérus fait pour expulser son contenu. Chacune de ces contractions s'accompagne souvent d'une recrudescence de l'hémorrhagie, indice du décollement imparfait du placenta. Pendant ce temps, le col de

l'utérus s'entr'ouvre, s'efface; et lorsque cet effacement est assez prononcé, l'œuf est chassé dans le vagin.

Peu souvent, à cette époque, l'œuf est expulsé en bloc : les membranes et le placenta formant une poche qui renferme le fœtus et le liquide amniotique. Le plus fréquemment l'avortement a lieu en deux temps : dans le premier, rupture des membranes, issue du liquide amniotique, expulsion du fœtus; dans le second, rejet du placenta et des membranes. Cette deuxième partie de l'avortement donne, en général, un travail plus douloureux et plus long que celui de l'expulsion du fœtus.

« On a même dit que l'avortement peut être d'composé en trois temps : un premier pour la sortie du fœtus, un second pour celle du placenta et des membranes de l'œuf, un troisième pour celle de la caduque utérine qui, restée adhérente à la paroi, est éliminée plus tardivement » (TARNIER et BUDIN).

L'expulsion complète terminée, les douleurs disparaissent généralement, un léger suintement sanguin persiste pendant quelques jours, et l'involution utérine se fait. Les règles font leur réapparition du quarantième au cinquantième jour qui suit.

Nous avons vu précédemment que le ventre de notre malade était, avant l'avortement, quelque peu développé. L'utérus est, en effet, augmenté de volume, et par le palper on le trouve accessible au-dessus de la symphyse pubienne au début du troisième mois, à égale distance de la symphyse et de l'ombilic à la fin du quatrième mois. La main qui l'explore le sent alors sous forme d'une « masse ronde, régulière et médiane ».

Au toucher, nous retrouvons les signes de grossesse que nous avons constatés dès le deuxième mois, mais plus nets, plus probants : le ramollissement du col au lieu de la consistance fibreuse habituelle ; la sensation de *figue mûre* ainsi que le *signe d'Hégear* obtenus par le toucher et le palper combinés.

Nous constatons aussi, si la femme est en menace d'avortement, des signes certains de travail. « L'orifice externe (du col) peut être encore fermé, mais bientôt il s'entr'ouvre, le col ressemble à un entonnoir dont le conduit cylindrique terminal serait très court. Si le doigt pénètre à travers l'orifice, il arrive soit sur l'œuf et sur ses membranes, soit sur des caillots. On reconnaît même quelquefois une partie fœtale, et si les membranes sont rompues, il n'est pas rare que l'un des membres du fœtus s'engage dans l'orifice utérin. Au niveau des culs-de-sac, on constate l'abaissement du corps de l'utérus et la tension des tissus voisins. Enfin, en pratiquant l'examen combiné, on note l'augmentation de volume du corps utérin, on arrive même à percevoir très nettement qu'il se durcit au moment des contractions. Petit à petit le col s'entr'ouvre de plus en plus, tantôt en conservant une forme cylindrique qui reste distincte de la sphère représentée par le corps de l'organe, tantôt en s'effaçant comme dans l'accouchement, à tel point qu'on ne distingue plus la cavité du col de celle du corps. L'œuf est chassé dès que le col est assez largement ouvert pour le laisser passer » (TARNIER et BUDIN).

Le doigt trouve alors cet œuf dans le vagin, au milieu des caillots. Au troisième mois, l'œuf a le volume d'une

orange. S'il est expulsé en bloc, il nous rappelle en tous points (volume excepté) l'œuf à surface lisse et rosée que nous avons examiné après l'avortement du deuxième mois; nous n'insistons donc pas sur sa description. Cet œuf peut avoir été dépouillé de sa caduque ovulaire et laisser voir la plus grande partie de son chorion avec ses villosités libres et flottantes : sur un point ce chorion est surmonté d'un renflement grisâtre qui, si on examine l'œuf sous l'eau, se montre composé de véritables touffes de villosités placentaires fort hypertrophiées avec, y adhérant, des fragments de la sérotine.

L'œuf peut également être recouvert des caduques directe et réfléchie que l'on trouve quelquefois encore, à cette époque, séparées l'une de l'autre et présentant entre elles un espace virtuel de forme triangulaire aboutissant en bas à l'orifice interne du col, en haut aux deux orifices des trompes.

Enfin, si l'œuf est rompu, c'est le fœtus que nous trouvons expulsé ; il nous semble inutile de le décrire. Disons seulement qu'à la fin du quatrième mois, il a une longueur de 12 à 14 centimètres.

Nous résumerons-nous, nous dirons qu'au cours des troisième et quatrième mois, le diagnostic de l'avortement aura pour lui servir de bases des signes souvent certains de grossesse, une hémorrhagie souvent aussi caractéristique, enfin des symptômes de travail et l'expulsion qui ne laisseront aucun doute.

4° L'AVORTEMENT AU COURS DES CINQUIÈME ET
SIXIÈME MOIS.

Généralement la femme qui fait un avortement à cette époque de la grossesse, non seulement a vu son ventre augmenter de volume, non seulement a ressenti les divers phénomènes sympathiques précédemment décrits, mais a constaté les mouvements actifs du fœtus, et le médecin qui la soigne a pu entendre pendant les jours précédents les bruits du cœur fœtal et percevoir les mouvements passifs du fœtus,

Les mouvements actifs du fœtus, comparés par les femmes « au chatouillement produit par les pattes d'une araignée courant sur la peau, à une sorte de mouvement de reptation, à un pincement, etc. », sont, en effet, perçus vers quatre mois et demi, quelquefois même vers la fin du quatrième mois de la grossesse. Ces sensations sont parfois douloureuses pour certaines femmes. On peut les faire naître en appuyant la main sur la paroi du ventre et en pressant par saccades sur le fœtus, on encore en engageant la femme à suspendre pendant quelques instants sa respiration (JACQUEMIER).

Les bruits du cœur du fœtus sont également perçus vers quatre mois et demi ; DEPAUL même pensait que, dans nombre de cas, on peut les entendre vers la fin du quatrième mois. Perçus, ces battements sont également un signe de certitude de grossesse.

Le signe du *ballotement abdominal* est perceptible vers

le quatrième mois : c'est la sensation des mouvements passifs du fœtus. Si « avec la pulpe des doigts, on déprime brusquement, mais légèrement la paroi abdominale en rapport avec la paroi utérine : tantôt on a la sensation d'un corps qui s'éloigne et se déplace, tantôt les doigts laissés en place perçoivent un choc léger dû à ce que le corps mobile reprend sa situation primitive : c'est le choc en retour (1). » On le perçoit surtout vers le fond de l'utérus, au niveau de la région péri-ombilicale.

Ces signes suffisent pour faire un diagnostic certain de grossesse. On a pu, en outre, constater chez cette femme dès le troisième ou quatrième mois des contractions indolores, survenant à intervalles plus ou moins éloignés, contractions qui étaient déjà un signe certain de grossesse, mais qu'il ne faut pas confondre avec celles d'un début d'avortement. Nous reviendrons sur ce sujet dans un instant.

Cette femme, en état de gravidité, fait un avortement ; que remarquons-nous ? — La malade se plaint de pesanteur dans les lombes et le sacrum avec irradiations dans les cuisses et le petit bassin ; elle sent des bouffées de chaleur lui monter au visage, bientôt après elle est prise d'une sensation de froid, son pouls est petit et rapide ; « ce sont les signes avant-coureurs d'une hémorrhagie placentaire plus ou moins abondante ». (Docteur P. ESCANDE. *Thèse*, 1904).

Les contractions, d'abord indolores, ont fait place à de

(1) Ribemont-Dessaignes et Lepage. *Précis d'obstétrique*, p. 185.

véritables coliques utérines non plus intermittentes ni espacées, mais continues. La malade n'a pas le moindre écoulement par la vulve. Chez d'autres femmes ce sont des contractions survenant à la plus légère excitation, au moindre mouvement, les douleurs ont alors une grande ressemblance avec celles de l'accouchement, elles sont cependant moins aiguës ; de sourdes et intermittentes elles deviennent fortes et rapprochées ; enfin plus ou moins tôt survient l'hémorrhagie suivant que l'œuf se décolle à un moment plus ou moins rapproché du début. Cette hémorrhagie peut égaler en quantité celle d'une grossesse normale ; ordinairement très abondante pendant le décollement du placenta, elle diminue insensiblement, et, durant les jours qui suivent, l'écoulement n'est plus qu'un léger suintement sanguin accompagné de quelques caillots.

Si nous pratiquons le toucher, le vagin nous présente toujours la même dureté ligneuse, les culs-de-sac nous donnent la même sensation de *séville de bois* qu'au troisième mois ; le col est ramolli et se dilate, s'efface progressivement tout en diminuant de longueur. Notre doigt pénètre dans le col et arrive sur des caillots ou sur les membranes qui vont constituer la poche des eaux. Celle-ci, la dilatation étant suffisante, se rompt et livre passage au liquide amniotique et au fœtus. La première partie de l'avortement est terminée.

Reste la délivrance : comme au quatrième mois, le plus souvent, elle se fait spontanément et même assez rapidement. « Dans la grande majorité des cas, et comme dans l'accouchement, la délivrance a lieu dans la première heure qui suit l'avortement. » (Docteur P. BRION. *Thèse*, 1892).

Les deux caduques directe et réfléchie se sont soudées en une seule membrane, dont seule la partie interne est expulsée, faisant avec le placenta l'arrière-faix.

L'expulsion en un temps est, à cette époque de la grossesse, un fait extrêmement rare; on a cependant pu en citer des exemples.

Nous n'insisterons pas et nous résumerons en disant qu'au cours des cinquième et sixième mois, le diagnostic de l'avortement repose sur des signes certains de grossesse puis sur l'hémorrhagie, sur les contractions utérines douloureuses, sur les modifications du côté du col, enfin sur l'expulsion du contenu utérin (fœtus et arrière-faix) et sa reconnaissance.

Là ne se borne pas la discussion de notre diagnostic : il est des cas où le tableau que nous avons fait des symptômes de l'avortement se trouve incomplet, imparfait : les contractions qui normalement se font sentir dès le troisième mois de la gestation ont pu être prises pour des menaces d'avortement; l'hémorrhagie surtout, parfois peu caractéristique, a pu faire prendre pour une fausse-couche un retard de menstruation, une métrorrhagie et même des pertes accompagnant une métrite, un fibrome ou un cancer utérin. Des douleurs de névralgie, de pyélo-néphrite, de coliques hépatiques, néphrétiques, appendiculaires ou même intestinales ont pu faire naître une crainte d'avortement alors qu'il n'en était nullement question. La grossesse tubaire enfin peut, en cas d'avortement tubo-utérin, nous présenter des symptômes ayant une très grande analogie avec ceux de l'avortement ordinaire, nous verrons jusqu'à quel point le diagnostic peut en être fait.

Au prime abord, il semble que les *contractions* que beaucoup de femmes éprouvent au cours de la grossesse ne peuvent être distinguées de celles qui sont un des meilleurs signes de début d'avortement. On dit bien que ces dernières sont douloureuses tandis que les premières ne le sont pas; mais on a également remarqué que des contractions plus ou moins douloureuses, ou accentuées, offrant même une certaine persistance, n'amenaient pas l'expulsion du produit de la gestation. Nous devons, pour établir notre diagnostic, examiner les antécédents de la femme et rechercher les causes de cette contraction douloureuse, voir si elle n'est pas consécutive à un coup, à une émotion, à une maladie aiguë ou chronique; nous informer enfin si la malade n'est pas d'un tempérament plus ou moins nerveux ou irritable et surtout s'il n'y a pas eu d'avortement antérieur.

Si la femme est bien portante, si ses grossesses antérieures se sont terminées à terme, si elle n'a pas eu d'accident durant les jours précédents, tout porte à croire que ces contractions sont normales et indifférentes. Au contraire, si la malade a des antécédents nerveux, un tempérament émotif, si elle a subi un traumatisme, etc., enfin et surtout si les contractions qu'elle présente au début de la grossesse sont douloureuses et irradiées du côté des lombes, il est presque certain que cette femme se trouve sous la menace d'une fausse couche.

L'hésitation ne durera d'ailleurs pas longtemps, car la dilatation, l'effacement du col et l'hémorrhagie trancheront bientôt le diagnostic.

L'hémorrhagie occupe une place importante dans le

diagnostic de l'avortement. Son apparition après une suppression de règles prolongée fait porter souvent et en même temps le diagnostic de début de grossesse et de fausse couche. Il ne faudrait cependant pas adopter entièrement l'opinion de Mme LACHAPPELLE disant que « toute perte de sang qui survient à quelque époque que ce soit d'une grossesse bien constatée doit être considérée comme un accident... prélude de l'avortement. » Nous avons en effet constaté, et bien d'autres avant nous, que des femmes en état de gravidité pouvaient avoir des hémorrhagies, celles-ci arrivant même parfois aux époques menstruelles, et n'étaient nullement en danger d'avortement.

Et tout d'abord, une femme peut-elle se trouver en état de grossesse et être réglée ? — « Il ne faut pas perdre de vue, dit JACQUEMIER, qu'il se fait quelquefois, pendant les premiers mois de la grossesse, un écoulement sanguin ou séro-sanguin par les parties génitales, qui n'est autre chose que les menstrues. » Cette affirmation est contredite par les auteurs modernes. « Jamais, écrit le professeur PINARD, une femme enceinte n'a ses règles. »

C'est donc surtout avec le *flux menstruel* que nous allons nous efforcer de faire notre diagnostic d'hémorrhagie, début d'avortement.

Chez une même femme les pertes menstruelles offrent toujours le même caractère de *régularité* : même époque d'apparition, même mode de production, même cessation. L'hémorrhagie pathologique ne nous présente au contraire rien de certain : elle apparaît brusquement sans que rien puisse la faire prévoir et cesse de même ; sa réapparition

présente les mêmes caractères ; en outre sa quantité et la durée de sa production n'ont aucune fixité.

Les règles sont généralement *indolentes* ; si cependant parfois elles s'accompagnent de quelques douleurs, celles-ci ont pour caractère d'être plus fortes avant la sortie du sang qu'après, ce qui s'explique par ce fait que la douleur a pour cause une résistance mécanique ou spasmodique du col. L'hémorrhagie qui précède l'avortement peut, elle aussi, débiter sans douleur ; mais si elle persiste, elle fait naître les contractions utérines qui, elles, sont douloureuses, et qui augmentent au fur et à mesure que l'hémorrhagie persiste. La douleur, dans le cas de menace d'avortement, est plus forte après l'hémorrhagie qu'avant. (Mme LACHAPELLE.)

Un troisième caractère est tiré du mode de production de l'hémorrhagie. Les écoulements sanguins menstruels débutent par un suintement de liquide séreux, ce suintement devient de plus en plus abondant et en même temps séro-sanguinolent, puis c'est une perte de sang pur qui dure quelques jours ; l'écoulement diminue alors graduellement, redevient séro-sanguinolent, séreux, et enfin cesse complètement. D'une façon bien différente se produit l'hémorrhagie précédant l'avortement : celle-ci a sa coloration franchement rouge dès le début, c'est un écoulement de sang pur ; en outre cet écoulement se fait généralement et dès le début en quantité assez abondante, caractères qui suffiraient déjà à le différencier.

Nous trouvons des caillots dans l'une et l'autre de ces hémorrhagies ; certaines femmes, en effet, perdent chaque mois des caillots. Mme LACHAPELLE trouvait un caractère

spécial à ceux qui accompagnent les époques menstruelles : ils ont, disait-elle, « la forme *triangulaire* de la cavité utérine » et cela était pour elle un « signe univoque de la vacuité de l'organe ». On n'attache maintenant aucune valeur à ce caractère. En outre, parmi les caillots accompagnant l'hémorrhagie du début d'avortement, il est fréquent de trouver des débris ovulaires, et c'est de leur recherche et de leur examen attentif que découle souvent le diagnostic. Notons à l'appui la citation suivante de JACQUEMIER.

« Chez les prostituées, les irrégularités, les interruptions de la menstruation reconnaissent souvent pour cause une interruption de la grossesse. M. SERRES a remarqué, lorsque ces prostituées étaient soignées dans une division de la Pitié, que les pertes abondantes sont assez rares chez ces femmes, mais que les plus jeunes ont souvent des retards dans leurs règles, qui se terminent par l'expulsion de ce qu'elles appellent *un bouchon*. Il ne fit d'abord pas attention à cette expression ; mais ayant dirigé ses recherches sur l'embryologie, il lui fut facile d'y reconnaître l'œuf humain, et il put en recueillir un grand nombre dans un court espace de temps qui étaient tous sortis à une époque qui indiquait une conception de quatre à cinq semaines. C'est toujours sur des filles de 18 à 20 ans qu'il a pu faire cette observation. »

Pour nous résumer, citons une phrase de M. le professeur DUBOIS : « Si vous observez les mêmes inconvénients, les mêmes phénomènes qui accompagnent chez votre malade l'irruption des règles, concluez-en que vous avez sous les yeux une simple évacuation menstruelle ; dans le cas contraire, portez une conclusion différente. »

Nous venons de dire que la présence de débris ovulaires dans les produits d'expulsion nous donne la presque certitude d'un avortement. Il ne faut cependant pas confondre ces fragments ovulaires avec les membranes expulsées dans le cours d'une *dysménorrhée membraneuse*. Contractions utérines douloureuses, contractions intermittentes, à intensité croissante, précédant de 24 heures, quelquefois plus, un écoulement de sang de caractère ménorrhagique, et l'expulsion d'une membrane au prix de vives douleurs : tels sont les symptômes par lesquels la dysménorrhée peut simuler l'avortement.

Le diagnostic n'est donc pas facile : la caduque est souvent rejetée, il est vrai, sous forme d'un sac ovoïde complet et ce caractère, lorsqu'il est net, peut nous suffire ; mais nous ne serons certain de posséder un débris ovulaire que lorsque nous aurons vu, par l'examen sous l'eau ou au microscope les villosités choriales. Reproduisons ici le procédé indiqué par DE SINÉTY pour faire ce dernier examen : « On plongera le produit membraneux dans l'acide picrique pendant un quart d'heure, puis on en agitera une parcelle dans l'eau, après quoi on l'étendra sur une lame, on éclaircira avec une goutte de glycérine et l'on recouvrira d'une lamelle. L'examen microscopique montre, s'il s'agit d'une caduque, une petite masse arborescente formée par les villosités choriales. En revanche... la présence des cellules dites de la caduque n'a aucune valeur, puisqu'on les retrouve dans l'état de vacuité de l'utérus (1). »

(1) *Traité de gynécologie* de Labadie et Leguen, p. 36.

L'hémorrhagie d'un avortement des 2^e ou 3^e mois peut encore faire penser aux pertes de sang accompagnant certaines métrites, certains fibromes ou cancer de l'utérus, et réciproquement. Le diagnostic, très faciles dans la plupart des cas, peut nécessiter un examen détaillé des différents symptômes.

L'endométrite hémorrhagique, par l'augmentation de volume de l'utérus, par les douleurs hypogastriques parfois irradiées dans les lombes, par l'hémorrhagie elle-même à forme souvent métrorrhagique, peut suffisamment simuler un avortement des premiers mois pour que les auteurs en considèrent le diagnostic comme quelquefois impossible. Dans les cas où celui-ci pourra être fait, nous nous baserons sur les antécédents métritiques que nous avouera la malade : au toucher, nous trouverons l'utérus gros, régulier, mais dur ; celui-ci est en outre douloureux et par l'examen combiné nous constaterons que cette douleur est nettement localisée sur l'utérus.

L'avortement a comme antécédents la suppression des règles depuis un ou plusieurs mois, les douleurs intermittentes et surtout les douleurs expulsives, les nombreux caillots que l'on trouve mélangés au sang. L'utérus n'est pas dur dans l'intervalle des contractions, il n'est pas douloureux au toucher. Enfin sur les débris expulsés nous pouvons trouver les villosités choriales. — Toutefois si l'hémorrhagie de l'avortement est composée uniquement de sang liquide, si la grossesse est au début, si les douleurs sont absentes, peu nombreuses et surtout peu caractéristiques, le diagnostic est impossible. Il ne faut donc pas dans ce cas se hâter de traiter la malade pour une

endométrite, ce qui pourrait amener de fâcheuses surprises, mais toujours-considérer la femme comme menacée d'avortement et la soigner comme telle.

Les *fibromes* de l'utérus (corps ou col) nous présentent souvent des écoulements leucorrhéiques et hydorrhéiques, mais les métrorrhagies sont presque constantes. Les douleurs qui les accompagnent affectent assez souvent la forme de véritables « tranchées utérines » (1). Enfin l'utérus est volumineux et accessible au dessus de la symphyse. Nous remarquerons cependant que le corps utérin fibrômateux est bosselé, dur, irrégulier, alors que durant la grossesse on le trouve lisse, mou et régulier. Il n'a pas non plus cette consistance pâteuse que nous avons considérée comme un bon signe de grossesse. Tout nous fait donc penser que cet utérus n'est pas gravide. En outre, si les douleurs rappellent d'assez près celles d'une menace d'avortement, jamais nous n'avons à constater la contraction utérine douloureuse, caractéristique d'un avortement prochain. Si nous pratiquons le toucher, le col n'est ni ramolli, ni effacé dans le cas de fibrome.

Dans le *cancer*, le volume de l'utérus est souvent augmenté, et nous avons des écoulements hémorrhagiques ; les douleurs sont surtout caractérisées par des tiraillements, des pesanteurs avec irradiations principalement vers les os iliaques et la région fessière. Si, au début, le col est intact, il ne tarde pas à augmenter de volume par des fongosités qui descendent de la cavité utérine. L'âge de la malade, (quoiqu'il ne soit pas très rare d'ob-

(1) Labadie Lagrave et Legueu (*loc. cit.*)

server le cancer de l'utérus chez des femmes jeunes), les écoulements plutôt ichoreux, sanieux, que franchement hémorrhagiques, la perte d'appétit, l'amaigrissement, et, pour finir, la cachexie mettront sur la voie du diagnostic.

Pour en terminer avec les difficultés du diagnostic occasionnées par les hémorrhagies, signalons le cas où cette hémorrhagie n'est signalée à l'extérieur par aucun écoulement, et n'est diagnostiquée que par les symptômes caractéristiques d'hémorrhagie interne. L'observation I nous montre combien l'erreur est permise dans ces cas, surtout, comme le fait remarquer dans sa communication le docteur Besson, si la grossesse est ignorée, si les douleurs font défaut et si les contractions utérines sont absentes. L'avortement nous ménage de ces surprises, aussi faut-il toujours y penser chez une femme jeune, ayant eu des absences de règles et surtout au cours d'une maladie aiguë ou chronique; l'erreur ne peut résister à un examen minutieux de la femme.

Nous avons vu comment, dans bien des cas, la douleur liée à l'hémorrhagie pouvait induire en erreur le praticien: les douleurs qui accompagnent bon nombre d'affections abdominales peuvent également, par leurs caractères et par la proximité de leur point de localisation avec l'utérus, simuler une menace d'avortement. Cette difficulté peut arrêter un moment, surtout lorsqu'il y a grossesse concomitante et des antécédents quelque peu chargés.

Les *coliques intestinales* (obs. II) sont très fréquentes chez les femmes enceintes: elles diffèrent des coliques utérines par leur siège, par leur mobilité et leurs caractères, que distinguent merveilleusement les femmes qui

ont eu d'autres enfants, par les borborygmes qui les accompagnent, par le soulagement que procure la pression du ventre, l'application de linges chauds, etc. Enfin, la différence capitale est dans la présence de l'hémorrhagie accompagnant les douleurs de l'avortement et non les coliques intestinales.

Il est inutile de nous étendre longuement sur les caractères différentiels des autres affections, l'indication simple de leurs symptômes capitaux nous suffira dans la plupart des cas.

La douleur qui accompagne la *colique appendiculaire* siège dans la fosse iliaque droite, elle s'irradie dans les lombes, le foie et les membres inférieurs ; les nausées, les vomissements, la localisation de cette douleur au point de MAC BURNEY, la contracture des parois abdominales (défense musculaire), l'hyperesthésie cutanée, etc., font faire le diagnostic. N'oublions pas que, en cas de grossesse, l'appendicite entraîne souvent l'avortement : les symptômes de l'une et de l'autre peuvent donc exister ensemble.

La *colique hépatique* a son maximum de douleur dans l'hypochondre droit et s'irradie vers l'ombilic et l'épaule droite : la palpation du foie et surtout de la vésicule biliaire distendue ne peut laisser aucun doute.

Les troubles de la miction, l'hématurie, les antécédents et les calculs rendus par l'urèthre caractériseront la *colique néphrétique* ; la perception dans la région rénale d'une tuméfaction coïncidant avec une diminution des urines et devant de quelques jours une débâcle de plusieurs litres d'urine trouble, tels sont les symptômes qui

nous feront différencier la *pyélo-néphrite* de l'avortement.

Nous ne faisons que signaler la possibilité d'existence de *névralgies lombo-abdominales* conjointement à une grossesse.

Dans les quelques affections dont nous venons de parler, un caractère différentiel commun à toutes est l'indépendance de l'utérus par rapport au siège de la douleur : jamais, en outre, dans ces affections, nous n'observons de contractions utérines, ni d'hémorrhagie vaginale.

Enfin, un cas plus difficile peut se présenter : nous nous trouvons près d'une malade nous offrant les symptômes de douleurs avec contractions, d'hémorrhagie et d'expulsion de débris de caduque. Cet ensemble de symptômes nous indique bien un avortement, mais c'est également le tableau d'une *rupture de grossesse extra-utérine*. Quoique les difficultés avec lesquelles nous nous trouvons alors aux prises soient grandes, il est intéressant de chercher à faire le diagnostic.

Si nous examinons une femme présentant une grossesse extra-utérine, nous trouvons tous les signes de grossesse au début : la palpation, négative tant que le kyste fœtal se développe dans la cavité pelvienne, nous fait sentir plus tard, au-dessus du pubis, une tumeur médiane ou plus ou moins déviée latéralement que l'on peut prendre pour l'utérus gravide. Cependant, « sa forme est généralement moins régulière : elle est très sensible, douloureuse même à la pression ; si, par un examen attentif et continué avec ménagement pendant quelque temps, on cherche à y

déterminer l'apparition de contractions, on n'en voit jamais survenir » (1).

Au toucher, le col et le corps de l'utérus sont déviés d'un côté ou repoussés en avant et en haut derrière la symphyse; les culs-de-sac vaginaux sont inégalement faciles à explorer. Le corps utérin est bien augmenté de volume, mais non en proportion avec l'âge de la grossesse.

Sur les côtés de l'utérus nous trouvons une tumeur rénitante et douloureuse qui peut faire penser à une annexite ou à un kyste ovarien accompagnant un gros utérus.

Les douleurs qui accompagnent la grossesse extra-utérine sont assez vives, les hémorrhagies assez fréquentes et suivies parfois d'une expulsion de caduque en masse ou par morceaux. Examinons ces débris par le procédé que nous avons déjà indiqué, nous n'y trouverons pas les villosités choriales indiquant que ces membranes ont fait partie d'un œuf.

Enfin, une grossesse tubaire peut rejeter le produit de conception dans l'utérus, et celui-ci est expulsé avec la caduque au milieu des caillots et de l'hémorrhagie. Le diagnostic, en ce cas, est excessivement difficile; les commémoratifs seuls, je crois, peuvent y aider.

Avant de terminer, disons que l'on peut encore penser à un utérus gravide en *rétroflexion* ou en *latéroflexion*. L'observation III suffit à tous prouver que l'erreur peut encore là s'introduire dans le diagnostic et qu'elle n'est pas toujours facile à éviter. Les principaux symptômes en sont: tiraillements douloureux dans l'aîne, ténésme rectal, diffi-

(1) Tarnier et Budin. *Pathologie de la grossesse*, p. 539.

cultés dans la miction et l'évacuation des selles ; nausées et vomissements. Au toucher, le vagin semble diminué de longueur, le col de l'utérus est dévié latéralement ou est porté plus en avant ; enfin, le doigt a la sensation de tumeur solide perçue à travers la paroi postérieure du vagin.

Si nous voulons tirer de cette discussion une conclusion, nous pouvons dire qu'en présence de grossesse certaine, l'existence d'hémorrhagies et de douleurs ne suffisent pas pour dire qu'il y a avortement. Il faut, pour l'affirmer, constater les quatre signes principaux de l'avortement, qui sont : 1° douleurs intermittentes accompagnées de contractions utérines ; 2° hémorrhagie abondante dès le début ; 3° modification du col et, en particulier, ouverture de son orifice interne et effacement ; 4° élimination de débris ovulaires.

CHAPITRE II

L'avortement est-il inévitable ?

« Pour bien se conduire dans les cas d'avortement, écrivait Mme BOIVIN (1), il faut y considérer trois temps : 1° le prévoir ; 2° le prévenir ; 3° favoriser l'expulsion du produit de la conception (quand on n'a pu ni prévoir, ni empêcher l'avortement). »

Prévoir l'avortement, la première partie de cette étude a permis de le faire. Prévenir, empêcher l'avortement ; nous ne chercherons pas ici de quelle manière nous pouvons le faire, nous nous demanderons seulement s'il est encore temps d'intervenir pour permettre à la grossesse de continuer ou s'il ne conviendrait pas mieux de favoriser l'avortement, celui-ci étant devenu inévitable.

Les auteurs sont unanimes à admettre que les femmes enceintes dont le produit de conception, embryon ou fœtus, est mort, ou dont les membranes de l'œuf sont rompues, avortent fatalement dans un intervalle de temps

(1) *Mémorial des accouchements*. Aphorismes d'Orazio Valota, n° 80.

plus ou moins éloigné. « Quand on a la certitude que le fœtus est mort ou que les membranes de l'œuf sont ouvertes, écrit M. DEMELIN (1), l'avortement est inévitable, et loin de vouloir l'arrêter, il faut le favoriser. »

Jusqu'au quatrième mois les signes que nous pouvons trouver de la *mort du fœtus* nous donnent difficilement une certitude ; « sa vie ne se manifeste par aucun phénomène sensible et sa mort échappe à nos investigations », disait GARIMOND, et nous ne sommes pas beaucoup plus expert que lui.

Sans doute, en ce cas, nous avons souvent à constater la disparition des phénomènes sympathiques qui étaient venus compliquer la grossesse : les nausées, les vomissements, les perversions du goût, les troubles dans l'idéation et la volonté, tous ces symptômes qui dataient parfois du moment de la conception ont disparu. De même les varices des membres inférieurs se sont affaïssées (BUDIN et RIVET) ; l'appétit est revenu (CAZEAUX) ; la femme n'a plus d'envie insolite de dormir et les vomissements incœrcibles ont cessé subitement. Mais la disparition de ces phénomènes ne peut nous donner, sur la mort du fœtus, que des probabilités.

Les symptômes généraux, attribués par quelques auteurs à la mort du fœtus, manquent le plus souvent. « Suivant eux, dit CAZEAUX (2), la femme devient triste, inquiète et de mauvaise humeur : elle a des lassitudes, des retours

(1) *Journal des Praticiens*, 20 juin 1900.

(2) Cazeaux. *Traité théorique et pratique d'accouchement*, 1870. p. 567.

alternatifs de chaleur et de froid, de l'oppression à l'épigastre, de la céphalalgie, des syncopes et des palpitations de cœur ; la face est pâle, les yeux sont ternes et s'entourent d'un cercle livide ; l'haleine est fétide, le pouls fréquent et irrégulier : tous ces phénomènes d'une fièvre lente ont été considérés par eux comme autant de signes rationnels de la mort du fœtus. La plupart des femmes, quand on est parvenu à calmer leur crainte, n'éprouvent rien de semblable ». Nous ne pouvons donc tirer de l'observation de ces symptômes aucun élément pour notre diagnostic.

Plus utile certainement est l'examen des seins de la femme : ceux-ci deviennent-ils moins turgescents ; ou bien y observe-t-on la montée du lait, c'est-à-dire un gonflement subit qui s'accompagne, lorsqu'on exprime le sein, d'un écoulement de quelques gouttes d'un liquide filant grisâtre ou jaunâtre. c'est pour notre diagnostic un signe excellent ; malheureusement on ne l'observe que rarement avant le cinquième mois et seulement trois ou quatre jours après la mort du fœtus.

Au palper, durant les premiers mois de la grossesse, il nous est impossible de percevoir le ballotement abdominal et les mouvements actifs du fœtus ; à l'auscultation nous n'avons encore entendu ni bruit cardiaque, ni bruit de souffle utérin ; à cette époque, l'absence de ces signes n'est donc pour nous d'aucune valeur.

Si, par le toucher, nous constatons que non seulement le volume de l'utérus n'augmente pas, mais qu'il a plutôt tendance à diminuer, nous devons penser à la suppression de la vie chez le fœtus. Mais des examens attentifs et répétés sont nécessaires pour que l'on puisse se rendre

compte de ce signe, encore reste-t-on souvent plusieurs jours dans le doute, et cela d'autant mieux que le fœtus est plus jeune.

Le col de l'utérus est mou, sauf toutefois si le fœtus est mort depuis quelque temps, il peut être alors dur et résistant.

Ces symptômes s'accroissent après le quatrième mois et deviennent plus probants avec l'âge de la grossesse : la vie du fœtus se traduit alors par les mouvements actifs et par les bruits du cœur : leur disparition devient une presque certitude de la mort de l'œuf si elle est constatée. Je dis : *presque*, car de nombreuses causes peuvent rendre ces phénomènes moins sensibles et induire en erreur un observateur non prévenu. « Cette absence de perception peut tenir à ce que l'auscultation est mal pratiquée, par exemple au moment où l'utérus se contracte, ou parce qu'on ne cherche pas le foyer d'auscultation au lieu d'élection. En outre, dans l'hydropisie de l'amnios, les bruits du cœur peuvent ne pas être perçus bien que le fœtus soit vivant. » (RIBEMONT-DESSAIGNES et LEPAGE.) — Enfin, à l'époque où l'on examine la femme, les bruits du cœur fœtal peuvent ne pas être encore perceptibles, aussi à moins que le médecin ne les ait constatés antérieurement et à diverses reprises, ne doit-il jamais conclure de leur non-perception à la mort du fœtus. Ce n'est d'ailleurs qu'après des examens multipliés qu'il lui sera permis de juger.

La malade peut elle-même, à cette période, nous renseigner mieux que tout autre : elle a senti remuer son fœtus, et, les erreurs étant toutefois admises, elle se trompe

rarement quant elle affirme qu'à partir de telle époque elle n'a plus perçu de mouvements.

Nous disons qu'il peut y avoir des erreurs : en effet, les mouvements actifs ne sont pas toujours sentis, en outre le fœtus peut remuer plus ou moins et être pendant une période sans manifester sa présence. Enfin la femme peut faire de ses sensations une fausse interprétation et prendre pour des mouvements actifs des mouvements, des convulsions de l'utérus lui-même. D'après MAURICEAU, l'utérus, excité par la présence d'un fœtus mort formant corps étranger, réagit par quelques secousses convulsives qui peuvent faire croire à la persistance des mouvements ; ces convulsions cependant deviendraient bientôt douloureuses. En appliquant la main sur l'utérus, le médecin peut d'ailleurs en faire le diagnostic différentiel ; il peut aussi contrôler son observation par l'auscultation, les battements du cœur fœtal étant perçus, comme nous le savons, vers le quatrième mois.

Notons en passant qu'il a été signalé, après la mort du fœtus, un bruissement spécial entendu à l'auscultation. M. STOLTZ, ancien professeur de Strasbourg, qui l'a remarqué, l'attribuait à la décomposition du liquide amniotique. CAZEAUX ne l'a jamais retrouvé, non plus que les auteurs modernes, et l'exactitude de cette découverte n'est pas confirmée.

Enfin, si le fœtus a succombé, les femmes se plaignent parfois d'une sensation de poids qui se déplace à chaque mouvement. « Quant l'enfant est mort, disait déjà HIPPOCRATE, il tombe dans la matrice du côté où se trouve la femme, comme une pierre ou tout autre corps. » Ce signe

de ballottement est important, et semble dû d'après TARNIER, « à la chute du globe utérin tout entier qui, n'étant plus turgescent comme il l'est dans le cours régulier de la grossesse, forme après la mort du fœtus une masse inerte qui obéit aux lois de la pesanteur. » Mme LACHAPELLE (1) et BANDELOCQUE (2) citent cependant le cas de femmes « qui se plaignaient d'une chute brusque d'un poids incommode sur le côté où elles se couchaient » et qui ont cependant mené à terme leur grossesse et accouché d'enfants vivants.

Les signes que nous constatons par le palper et le toucher combinés sont variables suivant que le fœtus est mort depuis plus ou moins longtemps.

Si nous examinons la femme lorsque la grossesse vient d'être interrompue, nous trouvons l'utérus moins ferme, sauf pendant les contractions, et pouvons encore le limiter.

Un intervalle de temps plus long s'est écoulé entre la mort du fœtus et notre examen : si nous avons antérieurement constaté les dimensions de l'utérus, nous pouvons le trouver diminué de volume, quelquefois même de façon très remarquable; si non, la grosseur de l'utérus nous semble ne pas correspondre à l'âge de la grossesse. Le corps utérin est mou, nous le limitons difficilement et nous sentons à travers sa paroi qu'il contient un corps solide peu facile à caractériser et baignant dans un liquide. Le signe de ballottement, que nous avons signalé, devient difficile à apprécier.

(1) Mme Lachapelle. *Pratique des accouchements*, t. II

(2) Baudelocque. *Traité d'accouchements*.

Enfin, plusieurs semaines se sont écoulées depuis la mort du fœtus : l'utérus complètement mou ne peut plus être limité par l'examen combiné : l'abdomen est entièrement souple et nous ne sentons aucune masse qui puisse nous rappeler l'utérus. Cette absence de sensations, jointe au manque de bruits du cœur et du souffle utérin a même pu faire nier l'existence de la grossesse, pour ne pas commettre cette erreur, il convient de nous rappeler que, chez la femme non gravide, l'utérus est limitable : enfin, constatées, les contractions lèvent tous les doutes.

Tels sont les signes qui nous permettent, dans la plupart des cas, d'affirmer la mort du fœtus ; l'avortement est alors inévitable et nous devons le favoriser. C'est encore ce qu'il nous faut faire quand nous sommes certains de la *rupture des membranes*. Etudions les phénomènes sur lesquels nous baserons ce diagnostic.

La femme déclare généralement s'être trouvée subitement mouillée par un abondant écoulement de liquide clair et non sanglant. C'est le liquide amniotique qui, chassé par l'utérus à travers l'orifice des membranes, s'est précipité hors de l'œuf et du vagin. Mais cet écoulement n'est pas toujours remarqué de la malade, et cela surtout lorsque la grossesse est à son début, alors que la quantité de liquide amniotique est peu abondante ; il peut également passer inaperçu au milieu du flot de sang qui s'écoule pendant le décollement de l'œuf et qui seul a souvent attiré l'attention. L'œuf est ouvert et le liquide amniotique s'est écoulé que nous n'en sommes pas informé.

En outre, la femme a pu perdre un liquide clair et plus ou moins abondant, et celui-ci peut n'être pas le liquide

amniotique, mais un *écoulement d'urine par regorgement*, un *écoulement leucorrhéique* ou encore le contenu d'un abcès ou d'un kyste ; un examen local, les commémoratifs et souvent le seul fait d'y penser suffisent à ce diagnostic facile.

On pourrait plutôt confondre cet écoulement brusque de liquide avec l'*hydrorrhée déciduale* et réciproquement. Celle-ci est très fréquente en effet aux troisième et quatrième mois de la grossesse et le diagnostic avec l'écoulement du liquide amniotique est parfois extrêmement difficile. « C'est surtout l'abondance de l'écoulement qui, dans ces cas, nous renseignera : le premier flot hydrorrhéique est-il très abondant, et dépasse-t-il 500 grammes comme quantité, il est extrêmement probable que l'hydrorrhée au lieu d'être déciduale est de provenance amniotique et que les membranes de l'œuf sont ouvertes. Quand le premier flot est de moyenne abondance, il est absolument impossible de savoir tout d'abord si l'hydrorrhée est déciduale ou amniotique, mais la question est éliminée par la façon dont l'écoulement se comportera ultérieurement. Si après un premier flot ou plusieurs flots successifs le suintement consécutif se supprime définitivement ou du moins pendant plusieurs semaines, la question est jugée, il s'agissait d'une hydrorrhée déciduale : tandis que si l'hydrorrhée est amniotique, l'accouchement se déclare généralement peu de jours après le flot hydrorrhéique et sans que le suintement consécutif ait cessé (1). » Il faudra donc en ce

(1) Tarnier et Budin. *Loc. cit.*, p. 323.

cas observer notre malade pendant quelques jours avant de poser notre diagnostic.

Il nous semble peu utile d'ajouter que pendant les cinquième et sixième mois le liquide amniotique étant plus abondant, les signes que son écoulement peut fournir sont plus certains. Enfin lorsque les membranes sont largement rompues, il n'est pas rare de trouver, engagé dans le col, un membre du fœtus. ce qui supprime toute hésitation.

Dans les deux cas que nous venons d'étudier, l'avortement est, nous l'avons dit, fatal ; mais si, après avoir examiné attentivement la malade et interprété ses sensations, tout nous porte à croire que le fœtus est vivant et les membranes intactes, sur quels éléments nous baserons-nous pour porter le diagnostic d'avortement inévitable ?

Les *caractères de l'hémorrhagie* sont ici de très grande importance : très abondante dès le début, elle signale un décollement du placenta sur une étendue assez considérable, et la vie du fœtus se trouve en grand danger ; répétée pendant plusieurs jours ou plusieurs semaines, l'hémorrhagie est un symptôme d'endométrite gravidique qui ne marche pas vers l'amélioration et ne permettra pas à la grossesse de continuer.

Un autre élément de pronostic vient de *l'intensité des contractions douloureuses* : si, avec le repos et le traitement, il semble qu'elles aient tendance à s'espacer, à être moins fréquentes et moins fortes, il y a tout lieu d'espérer ; si, au contraire, elles deviennent continues et surtout si elles s'irradient dans les lombes, l'avortement est très probable.

Le médecin peut encore fixer son diagnostic par les *modifications du col* de l'utérus sous l'influence des contractions : voici ce que dit M. le docteur BRINDEAU à ce sujet : « Dans certains cas vous ne trouverez rien d'anormal, le col est long et fermé, le corps arrondi et peu douloureux, vous pouvez espérer, si la perte n'a pas été trop abondante, que la grossesse continuera. Dans d'autres cas, le corps est dur et douloureux, en forme de toupie, le col largement perméable à l'orifice interne, et vous pouvez pénétrer jusqu'à l'œuf que vous sentez à bout de doigt. La femme est alors en travail et il est bien probable qu'elle fera sa fausse couche. Enfin dans une troisième variété de faits, vous pouvez affirmer à l'entourage que l'avortement est inévitable, c'est quand l'œuf est descendu dans le segment inférieur en produisant ce que les anciens auteurs avaient appelé la grossesse cervicale. Dans ce cas particulier, le col est complètement effacé et l'orifice est mince comme un fil. Si vous introduisez le bout de l'index dans cet orifice, vous sentez l'œuf complètement décollé et recouvert simplement par le segment inférieur distendu. L'avortement est pour ainsi dire fait au point de vue physiologique, puisque l'œuf décollé a quitté le col utérin (1). » Ce genre d'avortement, encore appelé *avortement en phimosis*, se présente assez fréquemment pour que nous ayons eu plusieurs fois l'occasion de l'observer.

L'*expulsion de la caduque*, enfin, est d'un très fâcheux pronostic, et lorsqu'on en aura retrouvé des débris parmi

(1) Docteur Brindeau. *Archives gén. de méd.*, 15 janv. 1903.

le sang et les caillots, on peut considérer l'avortement comme très probable.

Il ne faut cependant pas donner à ces différents signes une valeur trop absolue et négliger les moyens qui tendent à empêcher la fausse couche : « On a réussi, écrit M. DÉMELIN, dans des cas où les choses étaient à ce point si avancées qu'on avait agi sans aucune espérance. »

En effet, « on peut voir survenir chez certaines femmes enceintes des hémorrhagies avec expulsion de caillots, hémorrhagies parfois si abondantes que les malades et souvent même les médecins sont convaincus que l'avortement a eu lieu.

« A la suite de ces hémorrhagies, on observe parfois la sortie par les organes génitaux de matières solides, grumeleuses, semblables à du marc de café coloré en rouge ; ces matières, peu odorantes en général, sont cependant quelquefois fétides ; elles sortent mêlées à de la sérosité roussâtre. Tantôt c'est pendant les jours qui suivent immédiatement l'avortement que cet écoulement a lieu, tantôt au contraire, c'est seulement alors que l'hémorrhagie a cessé depuis huit à dix jours.

« Ces faits s'expliquent par l'accumulation d'une petite quantité de sang entre l'œuf et les parois utérines. Au moment de l'accouchement, on ne retrouve rien sur les membranes, si tout a été expulsé, il existe seulement des caillots d'un blanc grisâtre au niveau du point où le placenta a été décollé. Si au contraire le sang coagulé n'a pas été totalement chassé, on voit après la délivrance les membranes tapissées, sur une zone de quelques centimètres de largeur, par des lames de fibrine dont la décoloration et

la minceur indiquent l'ancienneté : elles sont la trace persistante de l'hémorrhagie qui a eu lieu pendant les premiers mois de la grossesse.

« Enfin, dans quelques faits exceptionnels, une hémorrhagie se produit, et, quand on pratique le toucher, on constate que le segment inférieur de l'utérus est occupé par une masse dont le volume et la consistance font penser à la possibilité d'une insertion vicieuse du placenta, tandis qu'il deviendra plus tard évident que cette masse était formée par du sang coagulé retenu en grande partie dans l'utérus (1). »

L'hémorrhagie, même abondante, n'implique donc pas fatalement l'avortement ; il en est de même de l'effacement du col et de l'engagement prononcé de l'œuf dans son orifice qui n'ont pas toujours amené de fâcheuses complications. On a, en effet, observé des cas où, sous l'influence du traitement et du repos, les contractions de l'utérus cessent, l'orifice utérin se resserre, ses bords deviennent plus épais, le col se reforme, l'hémorrhagie s'arrête, et la grossesse continue à évoluer. Il y a rétrocession du travail : ces faits ont cependant été rarement observés.

Enfin, PLAYFAIR et BRAXTON HICKS ont cité le cas d'une malade qui, après un cathétérisme de l'utérus, a expulsé quatre ou cinq morceaux de caduque et n'en continua pas moins sa grossesse. CHARPENTIER, MM. les docteurs BUDIN et DOLÉRIS ont cité des cas analogues ; dans l'observation III, nous avons noté un fait semblable. l'observation

(1) Tarnier et Budin. *Traité des accouchements*, t. II, p. 496.

suivante est rapportée par GARIMOND dans son *Traité de l'avortement*.

« La nommée X... est nourrice depuis deux mois dans une maison de la ville, elle est régulièrement menstruée. Elle reçoit la visite de son mari et bientôt elle déclare qu'elle se croit enceinte. Il existe en effet quelques signes de grossesse ; le nourrisson ne souffre pas de ce nouvel état, son âge permet d'ailleurs de l'alimenter artificiellement et on attend quelques temps encore pour prendre une décision. Deux mois environ après le départ du mari, cette femme est prise d'hémorrhagie avec vives douleurs. Appelée, je constate un commencement de travail ; la présence d'un débris de membrane assez considérable, présentant tous les caractères d'une muqueuse hypertrophiée, rendue bientôt après, confirme nos appréhensions. Ce lambeau est triangulaire, à angle inférieur tronqué ; il représente assez bien la forme d'une des faces de la cavité utérine. L'hémorrhagie s'arrête, tout rentre dans l'ordre et, il n'y a pas de doute, on a eu affaire à un avortement dont le produit, encore jeune, a échappé à nos investigations ; mais, contrairement à nos légitimes prévisions, la grossesse n'avait pas été interrompue ; elle a régulièrement marché, et au terme voulu, un accouchement normal a eu lieu. »

Il est donc possible que des lambeaux de caduque se détachent sans que l'œuf entier soit atteint, et la grossesse interrompue.

En résumé, si nous excluons l'avortement en phimosi où, nous l'avons dit, l'avortement est physiologiquement fait, les signes de mort du fœtus et ceux nous indiquant

la rupture des membranes peuvent seuls nous faire poser le diagnostic d'avortement inévitable.

Dans les autres cas que nous avons signalés, l'avortement est certainement très probable, mais puisqu'on a cité des cas de succès, il nous est commandé d'essayer un traitement conservateur avant de brusquer l'avortement.

Enfin, lorsque la famille de la malade demande au praticien si l'avortement qui l'occupe est inévitable, celui-ci doit toujours considérer cette question comme très délicate, et se garder d'être trop affirmatif dans sa réponse.

CHAPITRE III

L'avortement est-il fait ? Est-il complet ?

Répondre à cette question est facile pour le médecin s'il a assisté à l'avortement : la femme qui se savait enceinte fut prise brusquement de douleurs dans le ventre et perdait du sang. A l'examen, l'utérus débordait la symphyse de quelques travers de doigt et formait sur la ligne médiane une masse dure et régulière : c'était bien un utérus gravidé ; de plus il se contractait à des intervalles assez rapprochés et, par la main, on se rendait compte de ces contractions. Au toucher, le col fut trouvé en voie d'effacement, et à travers son orifice dilaté l'œuf s'engageait en partie à chaque contraction. Peu après, la femme expulsait un œuf qui fut examiné et trouvé intact : les contractions et l'hémorrhagie ont cessé. L'avortement est fait : il est complet.

Le diagnostic n'est pas également facile si la fausse couche s'est faite avant l'arrivée du médecin : il peut même être très difficile, et cela surtout lorsque la malade n'était enceinte que depuis peu de temps. Ce diagnostic est cependant d'une grande importance, l'avortement incomplet pouvant être la source et l'origine de nombreux accidents.

Il fournit, écrit le docteur TARGETT, « plus de matériaux à la gynécologie que toute autre affection de la grossesse » (1).

Le problème qu'il nous faut alors résoudre est celui-ci ; une femme en état de gravidité, prise subitement de douleurs utérines, a perdu du sang et des caillots ; a-t-elle fait un avortement, et celui-ci est-il complet ?

C'est en recherchant et en examinant avec soin les produits d'expulsion que le médecin arrivera à poser son diagnostic.

Ces pièces devront être cherchées partout : dans les linges jetés, dans le lit, etc. A ce sujet, M. le professeur TARNIER rapportait un fait resté classique : « On croyait à une rétention du délivre, mais après des recherches minutieuses, l'éminent accoucheur de la Maternité finit par trouver le placenta entre les deux matelas du lit de la femme ; elle était accouchée le siège élevé sur le premier matelas plié en double, et quand on avait ensuite déplié celui-ci, le placenta, sorti sans que personne s'en fût aperçu, avait été entraîné et caché ainsi à tous les assistants (2). » Le médecin ne devra pas en outre attacher trop d'importance aux commémoratifs que pourront lui fournir la femme et son entourage : ceux-ci « ne servent le plus souvent qu'à induire en erreur, à moins que l'arrière-faix n'ait été observé par un autre praticien ou par une sage-femme ».

Il convient alors de reconnaître, parmi ces caillots et ces

(1) Docteur Targett. *Guy's hospital gazett.*, 18 fév. 1905.

(2) In *Thèse d'agrégation* du docteur Gerbaud, 1886.

débris, les diverses parties de l'œuf ou l'œuf lui-même. Si la grossesse était très jeune, le plus souvent on n'y trouve rien ; l'œuf a pu, en effet, se résorber. Ce n'est, en ce cas, que par la disparition des phénomènes sympathiques qui accompagnaient la grossesse, par l'amélioration de l'état général de la femme, enfin par les constatations fournies par l'examen combiné que le diagnostic peut être fait. Il faut cependant rechercher l'œuf attentivement : il peut être englobé dans un caillot volumineux, et si nous ne prenons pas la précaution de désagréger celui-ci dans l'eau, l'œuf passera dans nos mains sans être aperçu. Nous devons enfin examiner minutieusement ce débris que nous pensons être l'œuf et en rechercher les villosités. Nous savons combien celles-ci peuvent être déformées par le sang coagulé entre elles : « rien n'est plus facile alors que de prendre un petit caillot fibrineux pour des villosités et vice-versa, tant la ressemblance est grande entre celles-ci et celui-là » (1). Mme LACHAPELLE connaissait bien cette cause d'erreur : « Il est bon de savoir, écrivait-elle, que les caillots fibrineux et compacts en imposeraient facilement à des esprits prévenus et peu attentifs. Il faut avoir recours quelquefois à la macération pour démontrer la structure réelle de ces masses (2). » (Obs. IV.)

L'examen sous l'eau est donc parfois nécessaire ; il faut même souvent, lorsqu'on veut avoir la certitude de posséder un débris ovulaire, en examiner une partie au microscope comme nous l'avons indiqué précédemment.

(1) Tarnier et Budin, *loc. cit.*

(2) *Pratique des accouchements*, t. II, p. 331.

Si nous avons reconnu l'œuf intact, nous devons pouvoir dire, par son volume, à quelle époque de la grossesse il a cessé de vivre. L'œuf est de la grosseur d'une cerise à la fin du premier mois; il est du volume d'un abricot au second; en outre, jusqu'au troisième mois, les villosités choriales couvrent toute la surface de l'œuf; celui-ci est, dit-on, placenta partout, aussi a-t-il un aspect chevelu.

À la fin du troisième mois, l'œuf a le volume d'un œuf d'oie, mais comme l'avortement se fait alors plus souvent en deux temps, l'œuf peut n'être pas entier. En ce cas le fœtus peut être perdu, le placenta, reconnu, seul pourra guider notre diagnostic. Le docteur GERBAUD nous a montré dans une observation que nous reproduisons (Obs. IV), comment un caillot a pu être considéré comme placenta par un médecin et une sage-femme: c'est encore ici le cas de rappeler qu'en ces circonstances le praticien ne doit croire qu'à ce qu'il a vu et touché.

Le placenta est à cette époque de la grossesse presque différencié; mais on est étonné de son étendue considérable et de son volume par rapport au fœtus. Son poids (93 grammes) est également supérieur à celui du fœtus (84 grammes).

Enfin, à partir du quatrième mois, nous devons examiner le placenta comme après un accouchement ordinaire, et voir, si quelque cotylédon ne fait pas défaut, si les membranes sont intactes. Le diagnostic est en somme facile à cette époque de la grossesse, si nous avons les pièces à examiner; il convient de rappeler ici qu'après les avortements des quatrième et cinquième mois, la rétention placentaire est très fréquente.

Si tout ce qu'a perdu la malade a été jeté, si nous savons cela seulement que la femme a perdu quelque chose, « un gros caillot, un gros morceau de chair en allant aux cabinets », il ne faudra conclure qu'avec une grande réserve et faire garder tous les caillots à venir pour pouvoir y rechercher le « corps du délit ». En attendant, on peut examiner la seule chose qui reste : l'utérus.

Si nous le trouvons gros, dur, avec de temps en temps quelque tendance à se contracter ; si, étant appelé quelques heures après l'accident, nous trouvons le col non complètement fermé, mais laissant encore pénétrer sans effort l'extrémité du doigt, réservons le diagnostic et attendons. Peut-être alors verrons-nous disparaître les divers phénomènes sympathiques venus avec la grossesse ; peut-être observerons-nous, et cela d'autant mieux que la grossesse était plus âgée, la montée laiteuse ; cela nous indiquera que l'avortement est fait. S'il en est ainsi, les douleurs disparaissent : il peut bien encore en persister quelques-unes après l'expulsion du produit de la conception (et cela surtout à la suite d'avortements succédant à des grossesses de cinq à six mois), encore ces douleurs ressemblent-elles aux tranchées utérines ; elles n'ont pas la même intensité, la même durée que les douleurs accompagnant les contractions ; elles ne se succèdent pas non plus avec la même régularité, la même fréquence : elles sont dues à la présence dans la cavité utérine de quelques débris membraneux et aux caillots sanguins qui en sont la conséquence.

Enfin, si la fausse couche est terminée, l'involution

utérine se produit et les écoulements sanguins ne tardent pas à disparaître.

L'utérus, en effet, comme après l'accouchement, subit après l'avortement le phénomène d'involution : ses fibres musculaires hypertrophiées et multipliées se résorbent, et le corps utérin tend à reprendre le volume et la forme qu'il présentait à l'état de vacuité. Par le palper, on ne le sent plus alors déborder la symphyse, il est donc plus petit qu'avant l'avortement : de globuleux qu'il était pendant la grossesse, il redevient piriforme comme un utérus normal, il s'aplatit en même temps d'avant en arrière par suite du rapprochement de ses parois antérieure et postérieure. Enfin le col s'est reformé, a repris sa longueur, et si l'orifice externe est encore quelques temps mou et plus ou moins entr'ouvert, l'orifice interne est rapidement fermé et il faudrait employer la force pour y faire pénétrer la pulpe du doigt.

Nous avons dit que, l'avortement terminé, les écoulements sanguins disparaissent : les lochies, en effet, existent à peine après l'avortement au début de la grossesse, lorsque tout se passe régulièrement : les pertes cessent subitement après un dernier écoulement de sang assez abondant. Plus la grossesse est avancée, plus les lochies prennent les caractères de celles succédant à l'accouchement à terme, tout en présentant, cependant, une durée moins longue : « L'utérus est, en effet, peu développé, son système circulatoire n'a pas acquis l'importance qu'il doit avoir plus tard, et les vaisseaux déchirés, encore très petits perdent rapidement leur calibre pendant que l'hémostase naturelle s'opère avec facilité. »

Enfin après quelques semaines, les règles font leur réapparition.

Lorsque tout se passe comme nous venons de l'indiquer, nous devons porter le diagnostic d'avortement fait et complet. Signalons cependant quelques causes d'erreur : dans les deux premiers mois de la grossesse, si celle-ci est arrêtée depuis quelques temps, souvent l'œuf se dissout et, « l'utérus, bien que renfermant un embryon est peu volumineux ». On peut croire alors que l'avortement est fait et que l'utérus est resté un peu gros. Le diagnostic en ce cas, et en l'absence de commémoratifs, nous semble difficile sur le moment ; gardons-nous sur la réserve et mettons la malade en observation : ce qui se passera ultérieurement fixera certainement le diagnostic.

On a, en outre, observé quelques cas où, les pièces manquant, l'évolution des phénomènes semblait imposer le diagnostic d'avortement fait et complet ; on a, cependant été surpris, quelques temps après, d'assister à l'expulsion de l'arrière-faix. « Dans ces cas (1), les choses se passent comme si l'avortement avait eu lieu : le col se reforme, reprend sa longueur normale ; le volume de l'utérus diminue ; il se fait par le vagin un écoulement plus ou moins abondant qui ressemble aux lochies normales ; souvent même l'écoulement est insignifiant. En somme aucun phénomène morbide ne révèle la présence du délivre dans l'utérus. »

L'observation recueillie par le docteur PUECH en est un exemple typique (Obs. V).

Une dernière cause d'erreur tient à ce que l'on peut

(1) Docteur Gerbaud. *Loc. cit.*

prendre pour des lochies cet écoulement roussâtre accompagné de « matières solides, grumeleuses, semblables à du marc de café coloré en rouge » que nous avons déjà signalé comme pouvant suivre une hémorrhagie : ce sont des caillots qui se sont accumulés entre la paroi utérine et l'œuf et qui se dissocient peu à peu. Nous avons dit qu'en ce cas la grossesse souvent continuait et que même on pouvait retrouver des traces de ces caillots sur les membranes de l'œuf, après l'accouchement à terme. Considérer l'avortement comme fait serait dans ce cas une grave erreur que l'on peut éviter si l'on y pense. Il faut alors, avant d'affirmer un diagnostic, constater les symptômes que nous avons énumérés comme consécutifs à l'avortement complet, ou bien ceux dont nous allons parler et qui accompagnent l'avortement incomplet.

Si tous les éléments de l'œuf n'ont pas été expulsés, si le placenta ou les membranes restent encore dans l'utérus, celui-ci nous présente quelque sensibilité au palper abdominal; les douleurs souvent continuent et accompagnent des contractions utérines : le corps utérin est encore gros et globuleux et au toucher le col est perméable, laissant pénétrer l'extrémité de l'index. Quelquefois cependant le col est fermé; le docteur Guéniot (1) signale alors une disposition que peut prendre l'utérus et qui permet quelquefois par le toucher de reconnaître une rétention placentaire : « Lorsque malgré l'énergie des contractions et la persistance du travail, l'expulsion de l'œuf entier ou seulement celle du délivre éprouve des lenteurs, on voit souvent

(1) Docteur Guéniot. *Bull. de thér.* t. LXXIII-1867.

la matrice s'incliner tantôt en arrière, tantôt en avant ou sur les côtés, puis revenir peu à peu, après avoir été ainsi soit en rétroversion, soit en latéro-version, à une direction sensiblement normale ou quelquefois à une direction toute différente de celle que le toucher avait fait constater précédemment. Mais ce qu'on observe surtout en pareil cas, c'est un abaissement marqué de tout l'organe, abaissement en vertu duquel le col se rapproche de la vulve et devient plus accessible au doigt. Sans insister d'avantage sur cette particularité du travail abortif, je dirai qu'elle reconnaît pour cause les efforts intempestifs et immodérés de la femme. Peut-être aussi certains déplacements sont-ils favorisés par les contractions propres de la matrice et par l'état variable de réplétion du rectum et de la vessie. » Cela, en effet, semblerait indiquer que l'utérus n'est pas vide et que quelque chose est retenu dans sa cavité.

Mais le symptôme capital de l'avortement incomplet est la *persistance de l'hémorrhagie*. Quoique très variable, l'écoulement de sang peut être alors très considérable et même, prenant des proportions effrayantes, s'accompagner de tous les symptômes des grandes hémorrhagies. « Son abondance dépend souvent de l'état général de la femme ; mais il acquiert sa plus haute gravité quand, l'avortement n'étant que partiel, la portion encore adhérente à l'utérus empêche cet organe de se rétracter convenablement. »

Cette hémorrhagie est intermittente ; aussi, lorsque, après un avortement, l'on hésite sur la cause de la persistance de la perte de sang, ce caractère d'intermittence est-il un symptôme pathognomonique de rétention d'arrière-faix. Irrité par la présence du placenta à demi-décollé,

l'utérus se contracte et produit un nouveau décollement ; la conséquence en est une nouvelle hémorrhagie plus ou moins abondante et ce phénomène dure jusqu'au décollement complet et l'expulsion.

Parfois, cependant, l'hémorrhagie est presque nulle, c'est un suintement insignifiant mélangé à des mucosités venues du vagin et formant un liquide roussâtre qu'accompagne de temps en temps un caillot de volume variable ; mais nous observons toujours des intermittences dans l'abondance de l'écoulement.

Enfin, l'hémorrhagie peut manquer totalement, ce qui peut faire errer le diagnostic : ce fait s'observe surtout lorsque l'avortement est causé par la mort du fœtus, ou encore lorsqu'un caillot volumineux obstrue l'orifice du col, mais cela s'observe rarement. Les autres symptômes sont alors généralement suffisants pour fixer le diagnostic.

En résumé, si les douleurs persistent, si le corps utérin reste gros, si son col est encore perméable, si, enfin, l'écoulement de sang continue avec le caractère d'intermittence que nous avons signalé, tout porte à penser que l'avortement est incomplet ; mais avant d'intervenir il faut encore penser à une grossesse gémellaire possible et examiner soigneusement la femme : avec un traitement convenable, la grossesse peut, en effet, continuer pour un fœtus.

Une erreur peut encore être commise lorsque l'avortement est ignoré du médecin et que les soins donnés à la femme n'ont pas eu l'asepsie suffisante : des phénomènes d'infection se sont déclarés et l'état général est devenu grave, les hémorrhagies répétées ont anémié la malade, le

facies est pâle, terreux, les yeux cernés et le nez pincé donnent à la physionomie un aspect de stupeur, la température est élevée, le pouls petit et incomptable. Il est alors aisé de confondre ces symptômes avec ceux d'une *fièvre typhoïde* ; mais par l'interrogatoire de la malade et de son entourage, le médecin est poussé à faire un examen local et le diagnostic devient facile. D'ailleurs, la fétidité extrême des lochies et leur odeur pénétrante et cadavérique « ne tardent pas à envahir tout l'appartement de la malade », ce qui faisait dire à CHARPENTIER que « le médecin peut faire son diagnostic en montant l'escalier ».

Nous dirons enfin que la rétention d'arrière-faix a pu être prise pour une *métrorrhagie*, un *cancer utérin* ou un *fibrome intra-utérin* : ces faits sont cependant excessivement rares (obs. VI, VII, VIII, IX). Le cathétérisme nous est alors un moyen précieux de contrôle : « S'il s'agit d'une métrorrhagie idiopathique, le cathéter constatera la vacuité de l'utérus. Il en sera de même dans le cancer ; dans ce dernier cas, d'ailleurs, l'âge de la malade pourra nous guider, ainsi que les renseignements pris sur l'hérédité diathésique, sur l'odeur des écoulements, le siège de la lésion, la présence ou l'absence des douleurs spontanées, l'évolution de la tumeur. Enfin, on examinera avec soin l'état général de la malade : on ne confondra pas l'état d'anémie profonde causée par la perte sanguine avec la teinte jaune paille caractéristique de la cachexie cancéreuse. Il faut encore distinguer la rétention placentaire d'un polype : si l'on peut employer le toucher, on sera immédiatement renseigné sur la forme de la tumeur, sur l'aspect de sa surface ; la sonde pourra permettre de savoir

en quel point se fait l'implantation du pédicule, s'il y en a un, ou si, au contraire, la tumeur est sensible. Le polype est généralement plus mou, plus lisse, pédiculisé, ou du moins plus en relief; le placenta plus rugueux, plus dur, sans sinus interposé entre lui et la surface utérine.

« Si on ajoute à ces renseignements les considérations tirées du début et de la marche de la maladie, de l'âge de la malade, on se rapprochera beaucoup du diagnostic. Si c'est un polype, la malade est assez avancée en âge, le début de la maladie est moins soudain, la marche moins rapide, etc. (1). »

Il est encore possible de prélever une parcelle de la tumeur et d'en faire l'examen microscopique.

Nous venons de passer en revue les divers phénomènes qui accompagnent l'avortement fait, complet ou incomplet : par leur constatation, il nous est le plus souvent permis de poser un diagnostic. S'il nous restait quelques doutes, il nous serait indiqué de pratiquer le toucher intra-utérin : après nous être entouré de toutes les précautions aseptiques nécessaires, et avoir anesthésié la malade, nous introduisons un doigt dans le corps de l'utérus, deux même si la dilatation du col le permet : nous avons alors la certitude que la cavité est vide ou qu'elle contient encore le délivre en partie ou en totalité. Une erreur peut être encore faite : elle consisterait à prendre la cavité de l'œuf restée adhérente pour la paroi de l'utérus : un état de mollesse spéciale perçue par notre doigt et l'examen de quelques débris arrachés nous mettront alors sur la voie du diagnostic.

(1) Docteur Gerbaud. *Loc. cit.*, p. 134.

Le diagnostic de l'avortement fait et complet n'est donc difficile que si l'on n'a pas assisté à son évolution. Il faut, en ce cas, examiner soigneusement tout ce qui a été expulsé, s'aider au besoin du microscope et, s'il reste quelques doutes, s'en rapporter au toucher profond.

CHAPITRE IV

Quelle en est la cause ?

L'hygiène et la connaissance approfondie du tempérament de la femme peuvent permettre de fonder une sérieuse prophylaxie de l'avortement : aussi ne faut-il « jamais manquer de rechercher quels sont les motifs qui ont amené la cessation de la grossesse. La connaissance de la cause peut, en effet, rendre de grands services, soit pour le traitement de la menace actuelle d'avortement, soit pour empêcher les grossesses ultérieures de se terminer avant que le fœtus soit viable. » (TARNIER et BUDIN.)

Ce diagnostic de cause n'est pas toujours également facile : le docteur P. BRION (1) constate que sur 530 cas d'avortements pris pendant une période de dix années à la Maternité de Lariboisière et à la clinique Baudelocque, malgré une recherche soigneuse, la cause n'a pu être découverte que 161 fois, et M. BUDIN écrit que « bien souvent les femmes avortent sans qu'on puisse arriver à déterminer sous quelle influence le cours de la grossesse a été interrompu ».

(1) *Thèse*, Paris, 1892.

Le médecin n'en doit que d'autant mieux s'attacher à trouver la cause de l'avortement auquel il assiste. Cette cause, il la cherchera chez la mère et le père pendant et après la menace d'avortement ; sur l'œuf, après l'avortement.

Il est parfois très facile de trouver l'origine de l'accident : après un *choc*, une *chute* ou un *effort musculaire* violent, la femme perdit du sang et fut prise de douleurs utérines ; ou bien cette femme avoue s'être fatiguée de façon excessive les jours précédents, que cette *fatigue* soit due à des travaux manuels, à des longues marches, ou qu'elle soit consécutive à un voyage, à un séjour prolongé en voiture, ou à des soirées passées au bal ou au théâtre. Bien qu'on ait vu des femmes continuer leur grossesse malgré des accidents ou des traumatismes graves, il faut toujours penser à ces causes lorsqu'elles précèdent de peu de temps la fausse-couche. Souvent aussi l'avortement a succédé à une *émotion morale* vive : l'exemple cité par BAUDELLOCQUE, qui, pendant les huit jours qui suivirent l'explosion de la poudrière de Grenoble, fut appelé pour 62 femmes en péril ou en état d'avortement, est caractéristique.

Le médecin peut encore tenter, très discrètement, de se rendre compte si la fausse-couche n'est pas causée par des *rapports sexuels trop fréquents* : le traumatisme, la surexcitation, la congestion, parfois même l'inflammation qu'ils déterminent sont des causes bien suffisantes ; telle est souvent l'origine des avortements de quelques semaines chez les prostituées.

On peut maintenant chercher si, parmi les antécédents

héréditaires ou acquis de la malade, il n'est pas quelque affection qui ait pu causer l'arrêt de la grossesse.

La *syphilis* est d'autant plus meurtrière que son début se rapproche de celui de la grossesse ; le diagnostic en sera fait par l'aveu de la femme, le chancre, la chute des cheveux, la roséole, l'angine, la dépigmentation de la peau du cou, et les plaques muqueuses qui, d'après M. FOURNIER, sont, ainsi que les syphilides, plus développées et plus rebelles que d'habitude (1).

L'avortement succède plus rarement à la *tuberculose* de la mère (2 avortements pour 20 grossesses chez les femmes tuberculeuses, d'après le docteur ORTÉGA) (2) : l'aspect général de la malade, l'anémie profonde, les lésions pulmonaires, l'inappétence, enfin la cachexie tuberculeuse ne peuvent alors laisser de doute sur l'origine de la fausse couche. Nous ajouterons que la tuberculose est toujours aggravée par la gravidité, et que le médecin doit toujours déconseiller les grossesses futures, surtout si la femme est entre 20 et 30 ans.

Les diverses affections de l'utérus et de ses annexes peuvent également jouer dans la production de la fausse couche un rôle essentiel et certain.

Quelle que soit la cause qui lui ait donné naissance, la *métrite chronique* exerce sur la grossesse une influence des mieux établie : les antécédents métritiques avoués par la femme nous la feront connaître : douleur étendue à tout

(1) Docteur Fournier. Avortement dans la syphilis. *Gaz. hebdomadaire de méd. et chir.*, 1893.

(2) Thèse, Paris 1876.

l'hypogastre, exaspérée par la pression, la marche, les efforts, les courses en voiture ; douleur tantôt continue, sourde, gravative, tantôt vive, paroxystique, lancinante et irradiée dans les troncs nerveux voisins ; leucorrhée à écoulement variable et tachant le linge ; hémorrhagies et troubles menstruels ; enfin anémie et facies utérin. La constatation sur la lèvre postérieure du col d'ulcérations soit lisses et superficielles, soit granuleuses et saignantes aidera au diagnostic.

Nous pouvons également penser à un fibrome ou à un cancer de l'utérus. Les *fibromes* sous-muqueux, surtout, proéminent à l'intérieur de l'organe, exercent sur le produit de conception une influence directe qui lui est bien souvent fatale. L'irritation, due à leur présence, peut déterminer des contractions de l'utérus, et des hémorrhagies qui peuvent faire méconnaître un début de grossesse. Nous songerons à cette cause quand nous constaterons des métrorrhagies fréquentes, de la leucorrhée sous forme de mucus tachant le linge ou de flot hydorrhéique, enfin des douleurs ressemblant à de véritables tranchées utérines.

Dans le cas de *cancer*, bien que celui-ci se développe souvent sans que rien ne révèle sa présence, nous trouvons des hémorrhagies moins abondantes que celles causées par les fibromes, mais persistantes et produisant de l'anémie, de la leucorrhée sous forme d'un liquide séreux parfois très abondant, teinté de sang et dont l'odeur très fétide se reconnaît à distance et ne trompe guère, car elle est absolument spéciale ; des douleurs, enfin, qui peuvent ne laisser au malade aucun repos et sur lesquelles la morphine n'agit pas. Il est facile de comprendre que surtout les cancers du col

sont à craindre : envahi par le néoplasme, le col ne peut se prêter à une ampliation suffisante sans subir des tiraillements douloureux qui sollicitent les contractions.

On a pu admettre qu'une certaine *laxité du col* ou bien une *rigidité du corps de l'utérus* ait pu causer l'avortement ; on peut encore songer à une irritabilité spéciale de l'organe, mais le diagnostic certain en est difficile.

Cherchons enfin si quelque malformation ou déviation de l'utérus n'est pas en cause : la *rétroversion*, surtout, par le mouvement de bascule que subit l'utérus, exerce sur les organes du petit bassin une compression qui n'est pas sans présenter quelques inconvénients : en outre, lorsque l'utérus par suite de son développement, tend à s'élever dans l'abdomen, il va rencontrer dans l'angle sacro-vertébral une barrière insurmontable : l'utérus subit alors entre le sacrum et le pubis une sorte de compression dont la conséquence est le réveil de la contractilité et l'expulsion plus ou moins difficile du fœtus. Les douleurs lombaires, la sensation de pesanteur, et même de corps étranger quand la malade s'assoit, la constipation, la défécation et la miction douloureuses, quelques troubles nerveux, enfin les sensations perçues par le toucher la feront facilement diagnostiquer.

Si, pendant la grossesse, et même au début de la menace d'avortement, nous avons constaté un développement de l'utérus exagéré pour l'âge de la grossesse, nous avons pu penser à une grossesse gémellaire, à l'hydramnios ou à la môle hydatiforme. Si nous sommes en présence d'une *grossesse gémellaire*, et si la grossesse est suffisamment avancée, nous remarquons que les mouvements actifs sont

perçus à des points très différents : nous trouvons, à l'auscultation, deux points maxima non isochrones ; nous ne percevons pas, en percutant l'abdomen, le phénomène de fluctuation. Dans l'*hydramnios*, la paroi abdominale serait tantôt amincie, tantôt infiltrée, œdémateuse surtout au niveau de la région hypogastrique ; le ventre est très sensible à l'examen ; les parois de l'utérus paraissent, au palper, très tendues ; on obtient très facilement le balotement fœtal (1) et la fluctuation ; l'auscultation, pendant la grossesse, était difficile et les mouvements actifs perçus étaient peu nombreux. Dans le cas de *môle*, enfin, au développement exagéré de l'utérus s'ajoute l'hémorrhagie abondante ; mais « seule l'expulsion de quelques vésicules par les voies génitales, ou la possibilité d'atteindre le chorion dégénéré à travers le col largement ouvert permet de porter un diagnostic certain. » Si l'on est certain que le fœtus a succombé, ou si des hémorrhagies répétées compromettent la vie de la femme, on ne doit plus hésiter à pratiquer le toucher intra-utérin qui seul donnera des renseignements précis.

Lorsque nous ne pouvons attribuer la fausse-couche à aucune de ces causes, et que la malade est atteinte d'une maladie infectieuse, il est tout naturel de rapporter à celle-ci l'arrêt de la grossesse. La *varirole*, surtout, selon CAZEAUX, pendant la période de suppuration ; la *scarlatine*, la *rougeole*, par leur réaction fébrile ; la *fièvre typhoïde*, surtout du septième au quinzième jour ; la *pneumonie* enfin, par la réaction générale et les troubles sympathiques

(1) Baudelocque. *Art des accouchements*, t. II. p. 642.

qui en sont la conséquence, et non par la toux, comme le voulait GRISOLLE, provoquent très souvent l'avortement. Ces affections sont trop connues pour que nous en fassions ici le diagnostic.

La fausse-couche peut encore être due à une *maladie du cœur*. « L'influence des maladies du cœur sur la terminaison prématurée de la grossesse est surabondamment démontrée, écrit M. BUDIN (1), mais par quel mécanisme survient cette expulsion du produit de conception ? On n'est pas encore bien fixé, malgré les explications proposées par les auteurs. » Il faut donc y penser, ainsi qu'aux *affections rénales*, qui déterminent l'avortement, soit par la mort du fœtus, soit par des hémorrhagies placentaires, soit enfin par des convulsions maternelles ; l'œdème, le gonflement des malléoles, la bouffissure et la pâleur du visage, parfois des épanchements dans différentes séreuses, ainsi que tous les symptômes du mal de Bright et l'albuminurie guideront le diagnostic.

L'*ictère grave* enfin et le *choléra* exercent la plus funeste influence sur le fœtus, nous la signalons seulement, nous contentant d'ajouter que souvent le pronostic n'est pas meilleur pour la mère.

Les *maladies convulsives* : épilepsie, hystérie, chorée des femmes enceintes produisent quelquefois l'avortement : elles sont facilement reconnues.

L'*intoxication par le plomb* (CONSTANTIN PAUL, *thèse*, 1861), par le *mercure* (cause si fréquente que dans les fabriques de glaces de Friedrichstal et Plisenthal, l'adminis-

(1) Tarnier et Budin. *Loc. cit.*, p. 98.

tration décida de bannir les femmes mariées des ateliers d'étamage) et par le *sulfure de carbone*, chez les ouvrières occupées à la fabrication du caoutchouc soufflé, sont encore des causes auxquelles on peut penser. M. LANCEREAUX incrimine également l'*intoxication par l'alcool* : « Nous avons, pour notre compte, écrit-il (1), été plusieurs fois frappé de la fréquence des avortements chez les femmes adonnées à l'ivrognerie. »

Le PÈRE peut également être cause de l'arrêt de la grossesse, et nous devons parfois le soumettre à une thérapeutique sérieuse pour éviter aux grossesses futures une semblable terminaison.

L'influence de la *syphilis paternelle* sur les avortements à répétition et sur les expulsions d'enfants morts ou macérés n'est plus à prouver. D'après le docteur FOURNIER, il faut même penser à la syphilis, chez le père comme chez la mère, dans les cas où manque la cause de l'avortement ; c'est à nous d'obtenir les aveux du mari et de confirmer notre diagnostic par la recherche des lésions ou des cicatrices anciennes.

Le docteur LANCEREAUX met en cause également chez le père l'*action de l'alcool*, qui, dit-il, produit sur les organes génitaux de l'homme une sénilité exagérée. HIPPOCRATE avait déjà remarqué et signalé les fâcheux effets de l'ivresse sur le produit de conception (2). Enfin les excès de coït amenés par des libations momentanées ne sont pas, nous l'avons vu, sans danger pour la grossesse.

(1) Docteur Lancereaux. *Dict. encycl., des sc. méd.*, Art. alcoolisme, p. 668.

(2) Tome VIII, p. 504, trad. Littré.

Signalons maintenant, comme pouvant causer la fausse-couche, la *tuberculose* du père : « il n'est pas rare, écrit M. RIBEMONT-DESSAIGNE, de voir des femmes jeunes qui, fécondées par un mari tuberculeux, accouchent d'enfants morts... tués probablement par la tuberculose » ; et l'*intoxication par le plomb* : « l'influence nocive sur la grossesse du plomb se fait également sentir quand ce sont les pères qui ont manié le plomb. » (1) Nous ajouterons enfin que les fatigues générales, les excès de tous genres, les *maladies*, la *vieillesse* et la *caducité précoce*, la *cachexie cancéreuse* ou autre « déterminent chez l'homme une altération du sperme qui, tout en permettant parfois la fécondation, serait une cause réelle de fausse couche. » (TARNIER et BUDIN.)

L'avortement est fait ; nous avons pu ou nous n'avons pas pu lui attribuer sa cause par l'examen du père ou celui de la mère ; il nous reste à examiner l'œuf et ce que nous y remarquerons nous fera faire ou confirmera le diagnostic.

La longueur inégale des lambeaux de membranes nous fait penser à l'*insertion basse du placenta* : celle-ci, d'ailleurs, a pu être diagnostiquée pendant les débuts de l'avortement : les hémorragies indolores, subites, immédiatement externes sans accumulation de sang à l'intérieur de l'utérus, enfin leur répétition et leur abondance de plus en plus grande en ont été les symptômes. Si le col était entr'ouvert, comme le placenta est partout avant le quatrième mois, la sensation par le doigt des villosités ne

(1) Constantin Paul. *Loc. cit.*

prouvait rien ; mais après cette époque, si l'insertion était basse, on sentait au niveau de l'orifice interne une membrane épaisse, tomenteuse et peu mobile ; si l'insertion était marginale, on a pu reconnaître avec le doigt le bord du placenta s'avancant parfois dans l'orifice ; si enfin l'insertion était centrale, le doigt tombait directement sur la masse placentaire.

On peut encore trouver sur l'œuf les signes de l'*endométrite* qui a déterminé l'avortement : généralement dans ce cas, la caduque est épaissie, hypertrophiée ; son épaisseur peut avoir doublé, et va en augmentant lorsqu'on s'éloigne du col et qu'on se rapproche du fond de l'utérus. Par l'examen au microscope, on peut trouver, au niveau des villosités, du tissu conjonctif jeune et de nombreuses cellules embryonnaires qui ont amené le rétrécissement des vaisseaux et la dégénérescence graisseuse des villosités. La caduque peut encore être polypeuse ou kystique. On a observé également des cas d'atrophie de la caduque : l'œuf n'est plus alors recouvert par la caduque ovulaire lorsque c'est celle-ci qui est atteinte.

Si, examinant le placenta, on y trouve « des caillots récents, de teinte franchement rougeâtre, ayant parfois subi un commencement de métamorphose régressive », on peut être certain que l'*hémorrhagie* a causé la fausse couche. Une masse de bouillie noirâtre, ressemblant à du raisiné, représente l'épanchement autour duquel les tissus présentent une couleur foncée due à la congestion.

Le *placenta syphilitique* est augmenté de poids par rapport au fœtus ; il est de consistance ferme ; sa couleur est pâle (docteur A. SCHWAB, *Thèse*, Paris 1896). Au micros-

cope, les villosités sont hypertrophiées, et leurs vaisseaux sont oblitérés ; si la syphilis est paternelle, on voit les villosités choriales remplies de granulations graisseuses et entourées de tissu cellulaire hyperplasié ; si elle est maternelle, la caduque hypertrophiée comprime et atrophie les villosités.

Si la cause de la fausse couche est l'*albuminurie*, le placenta peut paraître normal, mais lorsqu'on l'étale sur un plan résistant et qu'on palpe avec les doigts sa face utérine, on sent dans la profondeur un nombre variable de noyaux de consistance plus ou moins ferme. Le placenta est généralement petit et de poids inférieur à la normale.

Telles sont, en résumé, les causes de l'avortement que l'on peut trouver chez le père, la mère et sur l'œuf lui-même. Il reste à envisager le cas où la femme aurait subi des *manœuvres abortives*. Il n'entre pas dans notre programme d'en décrire les lésions, disons seulement que l'on doit toujours y penser, et rechercher par l'interrogatoire discret, méthode peu sûre, et par l'examen des organes génitaux et de l'œuf si telle n'est pas la cause de l'avortement que l'on a observé.

OBSERVATIONS

Nous avons réuni ces observations qui peuvent être prises comme exemples d'erreurs commises dans le diagnostic de l'avortement.

OBSERVATION I

(Docteur A. Besson.)

Avortement avec hémorrhagie abondante ayant présenté tous les symptômes cliniques d'une hémorrhagie intestinale grave dans le cours d'une fièvre typhoïde.

Mme X..., 22 ans, enceinte de deux mois environ au moment de l'apparition de la fièvre typhoïde. Rien à dire de la marche en elle-même de l'affection, sinon qu'une intolérance gastrique absolue nous contraignit pendant les dix premiers jours, à user exclusivement de la voie rectale. Le traitement habituel fut appliqué (bains froids, lavements froids, etc.). Le séro-diagnostic avait été positif.

Le quinzième jour, élévation insolite de la température : 41°4 dans l'aisselle ; pas de symptôme nouveau, sinon un peu de congestion à la base droite. Au matin du seizième jour, *légère hémorrhagie intestinale*. Les selles restent sanglantes les sei-

zième et dix-septième jours (au nombre de quatre). Les bains froids sont toujours administrés.

Le dix-neuvième jour au matin, la température n'est plus que de 38°9 ; le pouls, petit, est à aux environs de 120. La malade est pâle, le facies un peu anxieux. Vers 10 heures, la température n'est plus que de 37°8. Le pouls est petit, précipité, à 130 ; à une heure du soir, température : 36° et pouls entre 140 et 150 ; l'état est presque syncopal ; la connaissance est obtuse. Etat grave. La question à résoudre était la suivante : en face de cette chute de près de 4° en 15 heures, nous trouvions-nous en face d'une hémorrhagie intestinale ou d'une perforation, les autres appareils étant indemnes ? Un examen très attentif me permit d'éliminer une perforation intestinale : ventre très souple, point ballonné, absolument aucune douleur abdominale, point de facies péritonéal. L'aspect était bien plutôt lypothimique, éveillant au premier chef l'idée d'une perte très abondante de sang : face d'une pâleur de cire, vertiges, obtusion de l'intelligence, sueurs froides, quelques trembléments, pouls très fréquent, chute brusque de la température. Ce fut aussi l'opinion d'un praticien très distingué qui vit en même temps la malade et nous nous arrêtâmes au *diagnostic d'hémorrhagie intestinale*. Ajoutons qu'il n'y avait ni métrorrhagie, ni coliques utérines.

Une injection sous-cutanée de 500 grammes de sérum artificiel est pratiquée concurremment avec une injection de caféine. Des boissons chaudes et excitantes sont administrées. L'état de la malade s'améliore assez rapidement ; à six heures du soir la température était remontée à 38° ; le pouls, plus fort, était à 124 ; facies meilleur, connaissance antérieure. La première selle était attendue avec impatience, elle se produisit vers six heures, et nous constatâmes avec surprise qu'elle ne contenait pas la plus petite trace de sang ; il en fut de même 3 heures plus tard pour une seconde selle. Ce fait ne laissa pas de nous étonner profondément, car toutes les probabilités étaient d'autant plus sûrement pour une hémorrhagie intestinale que la

malade avait, 48 heures auparavant, présenté des selles sanglantes. Un examen clinique minutieux ne nous renseigna pas d'avantage, si ce n'est que l'*utérus paraissait un peu augmenté de volume*.

Nous devions avoir le lendemain la solution de ce petit problème. Vers 5 heures du matin, la malade fut prise de coliques utérines vives, avec forte envie de pousser. Elle expulsa alors un œuf d'environ 6 à 8 semaines au milieu d'une quantité de gros caillots, déjà anciens, et de sang liquide. L'hémorrhagie utérine continua d'ailleurs très abondamment et nous dûmes agir énergiquement pour la faire cesser.

Dès lors tout mystère était éclairci. Le décollement de l'œuf s'était produit, accompagné d'une abondante perte de sang intra-utérine, et c'est ce qui nous en avait imposé pour une hémorrhagie intestinale. » (*Journal des sc. méd. de Lille*, 1903, p. 108.)

OBSERVATION II

(Docteur Aragon.)

Menace d'avortement prise pour des coliques intestinales.

Mme X..., 21 ans, IIpare, avait été soignée deux mois auparavant pour de légers troubles utérins. L'état de grossesse était ignoré : depuis plusieurs semaines, le linge de cette jeune femme était taché de sang de façon irrégulière et ces légères pertes de sang étaient attribuées par la malade à des règles qui ne finissaient pas.

Toutefois l'état général continuait à être bon, cette jeune femme ne ressentait aucun malaise et n'avait constaté aucune modification du côté des seins, ni du côté de son ventre.

Le 27 mai, elle déjeunait en ville et était très gaie, quand elle fut prise brusquement, dans l'après-midi, de maux de cœur, de diarrhée et d'une violente douleur dans le côté droit du ventre. Le médecin appelé diagnostiqua une *indigestion* et institua un traitement en conséquence.

Loin de se calmer, les douleurs augmentèrent, se généralisant aux reins et au ventre, et s'accompagnant de métrorrhagie. Cet état persista toute la nuit du 27 au 28, et à quatre heures et demie du matin la malade expulsa un œuf que le médecin déclara être bien complet et âgé de 2 mois et demi.

Après l'expulsion de cet embryon, les vomissements et la diarrhée cessèrent, mais les douleurs persistèrent dans tout l'abdomen, donnant lieu à des crises paroxystiques. (*Revue crit. de méd. et chir.*, 1901.)

OBSERVATION III

(Docteurs FIEUX et CHAVANNAZ.)

Grossesse développée dans un utérus anté-latérofléchi prise pour un début d'avortement tubaire.

Mme D..., femme d'un confrère, d'habitude bien portante et bien réglée dans sa vie de jeune fille, se marie à 21 ans. A 22 ans, première grossesse. Accouchement à terme qui réclame une application de forceps, en raison d'une inertie utérine qui se prolonge pendant la période d'expulsion. A 25 ans, deuxième grossesse, qui se termine par un accouchement spontané à terme. Les deux enfants, garçon et fille, sont de très beaux enfants, actuellement en parfaite santé. A la suite de ces deux accouchements, cette femme ressent quelques troubles gastro-intestinaux, causés surtout par une dilatation d'estomac très

accusée, le tout aggravé par de fréquentes crises de colique hépatique. C'est dans cet état de santé un peu chancelant que Mme D..., au commencement de 1903, présente une interruption de trois mois dans son écoulement menstruel, qui jusque-là avait continué de se montrer très régulièrement. Cette aménorrhée s'accompagne de troubles digestifs et de développement des seins, si bien que Mme D... reconnaissant les signes d'une grossesse nouvelle, se rend chez un accoucheur, pour avoir confirmation d'un état qui, pour elle, ne fait presque aucun doute. Le médecin consulté affirme qu'il n'y a pas grossesse, déclare qu'il s'agit tout simplement d'une salpingite et termine son examen par le classique coup d'hystéromètre. Six jours après, Mme D... expulsait un fœtus de 8 à 9 centimètres environ.

Les suites de cet avortement provoqué par erreur furent des plus simples, et la santé devint si bonne que cette dame, de goût très sportif, reprenait ses courses à bicyclette et faisait d'importantes promenades en montagne.

Nous en arrivons au fait qui nous intéresse plus particulièrement. Depuis cet avortement (commencement 1903), jusqu'au 24 février 1904, les règles persistent régulières et normales, avec de temps en temps un petit écart de deux ou trois jours, soit en plus, soit en moins. Les règles du mois de mars attendues dans les environs du 25, ne se montrent pas, mais le 8 avril, survient un petit suintement rosé qui le 10, c'est-à-dire six semaines environ après la cessation des dernières règles, se change en hémorrhagie abondante. Cette hémorrhagie s'accompagne de fortes douleurs expulsives, et, au dire du mari (qui est médecin), le sang contient des *débris membraneux ressemblant à de la caduque*. Le toucher vaginal pratiqué à ce moment montre un col très mou et largement déhiscent. Des injections chaudes modèrent l'écoulement sanguin qui, néanmoins, persiste jusqu'au 18 avril, en contenant toujours de-ci, de là, quelques *débris membraneux*. Puis tout rentre dans l'ordre, à tel point que l'on pense à un avortement effec-

tué et terminé, et que Mme D... reprend sa vie habituelle sans l'ombre d'un malaise.

Mais le 26 mai, soit trois mois après la disparition des dernières règles normales, apparition d'une nouvelle hémorrhagie peu abondante, consistant en liquide rouge foncé presque noirâtre. Le 27 au soir, pendant le dîner, Mme D... ressent brusquement une vive douleur dans le côté gauche du bas-ventre avec état syncopal qui persiste une dizaine de minutes. Le poulx est petit, le ventre se ballonne, quelques vomissements, pas d'élévation de température. Le suintement tantôt rosé, tantôt roussâtre se montre jusqu'au 1^{er} juin.

Depuis cet incident, l'état général est devenu mauvais : facies tiré, poulx petit, vomissements fréquents ; bas-ventre presque constamment douloureux, tantôt à droite, tantôt à gauche. Le palper abdominal fait reconnaître la présence d'une tumeur du volume d'une mandarine dans la région hypogastrique, mais nettement déjetée à gauche de la ligne médiane.

Le 6 juin, cette tumeur commence à être le siège de crises plus douloureuses, sans qu'il soit possible de déceler de changement de consistance. L'hystérométrie pratiquée ce même jour indique une longueur de cavité utérine de huit centimètres et n'est suivie d'aucun incident.

Le 12 juin, je suis appelé en consultation et c'est alors qu'on me fit le récit que je viens d'exposer, récit si suggestif que je ne puis m'empêcher de penser à une grossesse ectopique, et je dois ajouter que l'examen pratiqué aussitôt ne put confirmer mes soupçons. Chez cette jeune femme, très amaigrie, le palper révèle aisément, un peu à gauche de la ligne médiane, une tumeur sus-pubienne du volume d'une petite orange. Cette tumeur, assez régulièrement arrondie, est douloureuse et à peine mobilisable, soit dans le sens vertical, soit dans le sens transversal. Elle est dure et n'a jamais, paraît-il, présenté de changement de consistance. Par le toucher et le palper bimanuel, je trouve le col utérin ramolli, refoulé très en arrière et un peu

à droite. Les culs-de-sac antérieur et gauche sont effacés par la tumeur qui bombe fortement dans l'excavation pelvienne. Un sillon profond sépare la tumeur de la portion de l'utérus accessible au doigt, enfin il semble que le doigt vaginal fait légèrement osciller l'utérus dans le sens transversal, tandis que la main abdominale note une fixité à peu près complète de la tumeur hypogastrique.

A droite les annexes sont grosses et très douloureuses. *Je pose le diagnostic de grossesse tubaire gauche de trois mois environ, avec petite rupture du kyste fœtal, ou début d'avortement tubaire* s'étant produit quinze jours auparavant.

Le 14 et le 15 juin, nouvelles crises douloureuses, moins accusées cependant que les précédentes; mais accompagnées chacune d'un état semi-syncopal qui dure quelques minutes.

Le 17 juin, cette dame se rend à Bordeaux, où je l'examine à nouveau, avec mon ami le docteur Chavannaz, qui, lui aussi, porte ferme le diagnostic de grossesse ectopique aussi bien d'après l'histoire qui nous est rapportée que d'après son propre examen.

Nous convenons d'opérer assez rapidement avant la prochaine époque menstruelle qui tombe vers le 25, et le jour de l'intervention est fixé au 20, avec l'assentiment du mari et du père de cette malade qui sont tous deux médecins.

A peine le ventre est-il ouvert que nous reconnaissons notre erreur. Le pseudo-kyste fœtal n'est pas autre chose que le *corps utérin en ante-latéroflexion gauche*. Celui-ci, embrassé délicatement à pleine main, est remis en bonne situation sans difficulté, car aucune adhérence ne le fixait dans son attitude vicieuse, et nous avons alors sous l'œil un utérus qui a bien la forme et le volume d'un utérus gravide de trois mois, dont le fond remonte à 10 centimètres au-dessus du pubis.

Les annexes gauches sont saines. Quant à l'ovaire droit, il est trouvé porteur d'un kyste à parois minces et tendues, du volume d'un œuf de pigeon à peu près. Nous enlevons, bien

entendu, cet ovaire pathologique, et l'opération est terminée rapidement par des sutures habituelles à étages. »

L'évolution de la grossesse arrêtée momentanément continue aussi tranquillement que possible jusqu'à terme. (Extraite d'une communication faite à la Société gynécologique de Bordeaux, 16 nov. 1905.)

OBSERVATION IV

(Docteur Gerbaud.)

*Placenta confondu avec un caillot et ayant fait porter
le diagnostic d'avortement complet.*

« Au mois de mai 1884, je fus appelé auprès de Mme V... Cette dame avait avorté depuis l'avant-veille au soir, c'est-à-dire depuis 36 heures environ, quand j'arrivai auprès d'elle. Tout semblait terminé, quand, dans la matinée, se déclara une hémorrhagie de plus en plus inquiétante, qui avait motivé l'appel pressant qui m'était fait.

Je trouvai cette femme pâle et affaissée sur son lit; les muqueuses étaient absolument décolorées; elle ne put répondre que très imparfaitement aux questions que je lui posai. L'entourage m'apprit ce qui s'était passé : l'avortement, l'expulsion d'un embryon, et, chose plus étrange, *l'expulsion du lit de l'enfant* (c'est le terme consacré dans le midi), qui avait dûment été constaté par un autre praticien. Je n'ajoutai qu'une confiance médiocre à tous ces renseignements, et comme on ne pouvait me présenter le corps du délit, je m'empressai de chercher ailleurs. Dans l'espèce, le diagnostic fut excessivement facile; je pratiquai le toucher et je trouvai le placenta à moitié engagé dans le col, ce qui expliquait la cessation de l'hémor-

rhagie depuis une heure environ. Je prescrivis 2 grammes de seigle ergoté et des toniques. A peine la malade eut-elle pris deux paquets de seigle, c'est-à-dire un gramme, qu'elle expulsa spontanément le délivre au grand étonnement de la sage-femme incrédule qui l'assistait.

Les suites furent aussi bonnes que possible. »

OBSERVATION V

(Docteur Puech. In *Presse Médicale*, 1894.)

Mme X... est une femme de 29 ans, grande et forte, un peu nerveuse, mais n'ayant jamais fait de maladie grave. Régliée à l'âge de 12 ans, elle eut depuis lors une menstruation régulière, assez abondante, de cinq à six jours de durée. Trois grossesses antérieures se sont toutes terminées par des accouchements normaux dont le dernier remonte à trois ans.

Dans les premiers jours de novembre 1893, enceinte alors de deux mois et demi environ, elle ressentit, deux jours après, une violente émotion, des douleurs dans les reins et le bas-ventre, s'accompagnant d'une perte sanguine peu abondante. Il y avait, en même temps, une tendance marquée aux syncopes (jusqu'au vingt-unième jour).

Mon excellent confrère, le docteur Lapeyrie, à qui je dois la relation de ces détails, constata qu'il s'agissait d'un avortement ; un peu inquiet par la fréquence des syncopes, il soumit la malade à l'examen du professeur Grynfeltt, qui trouva, lui aussi, un œuf en partie engagé à travers le col, et conseilla d'attendre la terminaison, prochaine, semblait-il, de cet avortement. Injections antiseptiques au phéno-salyl.

Mais, à partir de ce moment, les douleurs, loin de se rapprocher, s'espacent de plus en plus, puis cessent complètement.

Le lendemain, M. Lapeyrie constatait que l'œuf était moins accessible que la veille. L'écoulement sanguin avait disparu. Au bout de quinze jours de repos au lit, Mme X... se levait et reprenait ses occupations. Malgré une surveillance attentive, il fut impossible de trouver, parmi les écoulements génitaux, trace d'embryon ou de placenta. Six mois se passèrent sans autre incident que quelques faiblesses à certains jours, mises sur le compte de l'état nerveux et de l'absence complète d'écoulement sanguin.

Dans la soirée du 1^{er} mai 1894, à la suite d'une course à pied un peu longue, Mme X... est prise brusquement d'une hémorrhagie assez abondante, qui se prolonge dans la nuit et ne s'arrête que le lendemain matin. Le 3, l'hémorrhagie se reproduit, un peu moins abondante peut-être, mais continue jusqu'au 4 au soir ; dans la journée du 4, expulsion de quelques caillots. Le 5, apparaissent des douleurs « comme pour accoucher » et un léger écoulement sanguin. Le 6, les douleurs persistent mais s'accompagnent d'une perte plus forte.

C'est le lendemain de ce jour que je fus appelé par le docteur LAPEYRIE à voir Mme X... Ecoulement sanglant peu marqué ; douleurs intermittentes à siège hypogastrique, avec irradiations lombaires. Le palper réveille un peu de sensibilité dans la fosse iliaque gauche ; derrière le pubis, on sent le fond de l'utérus. Le toucher combiné au palper fait plus nettement ressortir le volume de l'utérus plus considérable qu'à l'état normal. Je constate en même temps que l'orifice externe du col est ouvert, et, en introduisant la pulpe du doigt dans le canal cervical, j'arrive à sentir, au-dessus de l'orifice interne, une portion de l'œuf décollé. Bien que des injections vaginales antiseptiques aient été pratiquées, il y avait un commencement de putréfaction, ainsi qu'en témoignait l'odeur rapportée par le doigt. Etat général assez bon, néanmoins ; le thermomètre monte à peine à 37° 2 ; le pouls bat entre 88 et 92.

Le diagnostic s'imposait, il s'agissait d'une rétention d'œuf abortif... etc.

Cette rétention avait duré six mois, ne se manifestant par aucun symptôme qui ait pu la faire diagnostiquer.

OBSERVATION VI

(Docteur Chaleix.)

Avortement considéré et traité comme métrorrhagie.

Je fus appelé le 22 mai 1893 auprès d'une jeune femme de bonne santé habituelle, ayant eu déjà deux grossesses normales. En avril, elle avait été réglée comme de coutume; ce mois-là, elle avait mené une vie mondaine particulièrement active, bals, équitation, etc. Le 1^{er} mai, ayant passé une bonne partie de la journée à cheval, pour un rallye, je crois, elle perd un peu de sang. Cette perte continue les jours suivants, s'accompagne de quelques coliques et devient le 5 mai très abondante. De gros caillots sont expulsés. Comme c'est à peu près l'époque des règles, on ne prend aucun souci de cet état de choses qui continue cependant.

Vers le 12 mai, la perte étant encore très prononcée, quoique un peu atténuée, un médecin est appelé: il ne pratique pas d'examen gynécologique, d'ailleurs il n'y est nullement encouragé par l'entourage; il prescrit de l'ergotine et du sulfate de quinine.

Je suis consulté le 22 mai; la malade est très faible, très pâle. Au cœur, il existe un souffle doux, au premier temps et à la base sans propagation axillaire. Amaigrissement, pas d'appétit, abattement extrême. Pas de fièvre. Suintement sanguin vaginal continu, sang rougeâtre, couleur de brique. Pas de mauvaise odeur. Aucune douleur abdominale. Col gros,

entr'ouvert, corps volumineux, mais ne dépassant pas le pubis.

Je fais immédiatement un lavage utérin à la sonde de Segond ; l'utérus admet aisément la pénétration de cet instrument, puis un badigeonnage léger à la glycérine créosotée au tiers, suivie d'un nouveau lavage utérin. A ce moment, en retirant la sonde dilatatrice de Segond, je ramène pris dans les branches rapprochées de cette sonde, un fragment gros comme une aveline ayant l'aspect extérieur d'un caillot fibrineux. Petit tampon de gaze iodoformée dans le vagin.

Dès ce moment, la perte sanguine devient insignifiante. Je renouvelle le même traitement le lendemain et le surlendemain. Dès lors l'écoulement sanguin a disparu.

L'examen histologique fait par le professeur Coyne démontre qu'il s'agissait d'une fausse-couche, de peu de jours probablement, vu la dernière apparition des règles. (*Soc. de gyn., d'obst. et de péd. de Bordeaux, 1896.*)

OBSERVATION VII

(Docteur R. de Bovis.)

Menace d'avortement simulant un fibrome.

Mme X..., 22 ans, avait eu ses dernières règles en juin comme à l'habitude, mais les mois suivants, celles-ci avaient beaucoup diminué d'abondance. A partir de septembre, elle s'était mise à perdre du sang assez fréquemment et depuis le mois d'août, son ventre avait progressivement augmenté de volume. Cependant, la malade n'accusait pas de symptômes subjectifs bien nets de grossesse, ce dont il ne faut guère s'étonner, vu qu'elle avait déjà eu une première grossesse. Dé-

veloppement des seins, ligne brune, etc., n'offraient rien non plus de caractéristique, et pour la même raison.

On se trouvait à la mi-décembre. A ce moment cette patiente présentait les symptômes objectifs suivants : sur la ligne médiane, mais assez à droite, existait une tumeur lisse, assez ferme, et dans laquelle, au palper non plus qu'à l'auscultation, on ne découvrait rien qui pût faire croire à la présence d'un fœtus. Cette tumeur semblait plus allongée dans le sens vertical que ne l'aurait été un utérus gravide : autrement dit, elle avait l'air plus fusiforme que piriforme. A côté de cette tumeur, et du côté gauche de la ligne blanche se sentait une autre tumeur de volume un peu inférieur, car elle demeurait un peu au-dessous de l'ombilic, alors que la première l'atteignait et même le dépassait légèrement. Cette seconde tumeur paraissait également moins ferme que la première, mais, au palper, on n'y découvrait aucune consistance inégale, permettant de croire à la présence d'un fœtus à son intérieur. Elle semblait accolée à la première tumeur, bien qu'entre les deux on sentit un léger sillon.

Par le toucher, on sentait battre très énergiquement les artères utérines dans les culs-de sac vaginaux. Le col utérin était fortement déjeté à gauche, il était fermé, et sa consistance était plutôt ferme que ramollie. Le cul-de-sac vaginal postérieur semblait un peu plein, le gauche ne laissait que difficilement sentir par le palper bimanuel la tumeur perçue dans la partie gauche de l'abdomen.

Chez cette jeune femme, il y avait donc évidemment quelque chose dans son utérus (tumeur droite) et quelque chose à côté (tumeur gauche). La tumeur utérine était-elle fœtale ? Sur le moment je n'osais me prononcer, car les symptômes un peu nets de grossesse faisaient défaut : la consistance du col utérin semblait relativement si ferme que j'inclinais même à penser qu'il s'agissait de *fibrômes* plutôt que de grossesse : et, dans ma pensée, ces fibrômes se seraient accompagnés d'une

annexite ou d'une grossesse extra-utérine. La forme de l'utérus était également peu en faveur d'une grossesse.

On se préparait à laparotomiser cette malade, mais devant l'incertitude du diagnostic, je donnai le conseil d'attendre.

La patiente, voyant qu'on ne lui faisait rien, voulut rentrer chez elle, et, le surlendemain du jour où on devait l'opérer, elle fit une fausse couche.

Il y avait donc, chez cette jeune femme, grossesse intra-utérine de quatre ou cinq mois ; mais, il n'est pas dit pour cela qu'elle n'eût rien du côté des annexes gauches ; je suis même persuadé qu'il y a là une salpingite ou une grossesse extra-utérine. Peut être un jour aurai-je l'occasion de revoir cette jeune femme et de savoir ce qu'il est advenu de la tumeur qu'elle présentait dans le flanc gauche.

OBSERVATION VIII

(Docteur Duguet. In *Thèse* docteur Gerbaud.)

V. G..., âgée de 22 ans, souffre depuis cinq mois de pertes que deux médecins des environs croient devoir rapporter à un *cancer de l'utérus*. Cette femme, qui a joui autrefois d'une santé excellente se trouve aujourd'hui dans un état d'anémie profonde. Dans sa famille on ne connaît pas les maladies héréditaires et en particulier le cancer. Mariée depuis cinq ans, elle a eu un enfant bien portant et une fausse couche plus tard. Il y a sept mois, au milieu de la plus florissante santé, les règles ne parurent pas, et deux mois après, sans raison apparente, elles se montrèrent, mais plus abondantes que de coutume, avec des caillots qui ne furent pas soigneusement examinés. La malade eut, cette fois, des coliques violentes. Celles ci se

calmèrent peu à peu, mais l'écoulement sanguin ne s'arrêta pas.

Deux médecins, appelés à cette époque en consultation, conclurent à un *cancer utérin*. Ils pratiquèrent des cautérisations avec le nitrate acide de mercure, qui ne causèrent que des douleurs atroces à la malade, sans amener une amélioration dans son état.

L'examen approfondi du vagin et de l'utérus amenèrent M. Duguet à opter entre trois choses : un cancer, un polype ou une délivrance retenue dans la cavité. L'idée du cancer est rejetée pour plusieurs motifs : l'âge de la malade, l'absence d'antécédents héréditaires, la soudaineté du début, l'absence des douleurs spontanées à l'utérus, la nature de l'écoulement, enfin, le siège insolite de la lésion.

L'idée d'un polype fut aussi éloignée pour des raisons fondées sur la rareté de ces productions à un âge aussi peu avancé, la régularité du développement de l'utérus, le peu d'ouverture du col. Un placenta retenu répondait bien mieux à l'existence d'une fausse couche indubitable, à laquelle avaient succédé les accidents.

Prescriptions : 1^o Potion avec XX gouttes de perchlorure de fer ;

2^o 30 centigrammes d'extrait aqueux de seigle ergoté en six pilules, de deux heures en deux heures ;

3^o Injections vaginales à la ratanhia ;

4^o Bon vin, bonne nourriture.

Le lendemain, même prescription, et le soir même, au milieu de quelques coliques et de légères pertes de sang pur, la malade rendait une petite masse charnue. Le surlendemain, toute hémorrhagie avait cessé.

Peu de temps après, la malade était redevenue fraîche, rose, et voyait ses règles comme autrefois (*Bulletin Soc. Anatom.*, 1866).

OBSERVATION IX

(Docteur Chantreuil. In *Thèse* du Docteur Gerbaud.)

Rétention du placenta simulant un polype utérin.

Louise D..., 28 ans, entré à l'hôpital Lariboisière dans le service de M. Gallard. Aucun antécédent de famille au point de vue du cancer, ou des autres affections diathésiques. Premier accouchement à 23 ans ; enfant vivant. Suites de couches naturelles.

A 26 ans, deuxième accouchement à terme. Vers la fin de novembre 1866, étant enceinte de trois mois, elle tomba en montant un escalier avec une charge de linge. Douleurs lombaires et hypogastriques ; pas d'écoulement sanguin. Huit jours après, au moment où elle urinait, elle sentit une vive douleur à la partie inférieure de l'abdomen, perdit un peu de sang et expulsa un fœtus. Le placenta resta dans l'utérus. Les jours qui suivirent l'avortement, il y eut des écoulements de sang, la malade expulsa des caillots volumineux au milieu desquels on ne put reconnaître la trace de placenta. Le 18 février, M. Gallard, en touchant la malade, sent la tumeur engagée à travers l'orifice du col, et, avec le doigt, il en détache une partie qu'il enlève. Ce fragment détaché, altéré, putréfié, se compose d'une coque, dans laquelle on distingue une partie extérieure comme chagrinée et une partie interne lisse.

Le 20 février, la malade rend, sans effort, le reste de la tumeur. L'examen histologique, fait par M. Ranvier, y révéla la présence de villosités choriales.

Les symptômes que l'on constatait à l'aide du toucher vaginal et du spéculum avaient fait croire à l'existence d'un polype utérin. L'anatomie pathologique vint éclairer le diagnostic et

montrer qu'on se trouvait en présence d'un placenta resté anormalement dans l'utérus après l'avortement. (*Bull. soc. anatom.*, 1867).

CONCLUSIONS

De l'étude que nous venons de faire du diagnostic de l'avortement, nous pouvons tirer les conclusions suivantes :

I. — Le diagnostic de l'avortement est toujours subordonné au diagnostic de l'existence de la grossesse.

La grossesse étant certaine, nous nous baserons pour affirmer l'avortement sur : 1° L'hémorrhagie abondante dès le début ; 2° les contractions utérines douloureuses ; 3° Le col utérin entr'ouvert ; 4° l'élimination des débris ovulaires.

II. — L'avortement est-il évitable ou inévitable ? Il ne devient inévitable que lorsque le fœtus est mort, ou que les membranes sont rompues.

III. — Le diagnostic de l'avortement complet ou incom-

plet est tiré : 1° De l'amélioration de l'état de la femme ;
2° des contestations faites par : A) l'examen soit direct, .
soit microscopique de tout ce qui a été expulsé : B) le
cathétérisme et le toucher intra-utérin.

VU : LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,

Paul SEGOND.

VU : LE DOYEN,

DEBOVE.

Vu et permis d'imprimer :

LE VICE-RECTEUR DE L'ACADÉMIE DE PARIS,

L. LIARD.

BIBLIOGRAPHIE

AYERS. — Diagnosis and chronology of abortion. *Med. Rec.*
N.-Y., 1895, p. 444.

ASTRUC. — L'art d'accoucher, 1766, p. 202.

BAUDELOCQUE. — Art des accouchements, 1844, t. II, p. 664.

BENOIST. — Rapports entre l'embryon et le placenta dans
l'avortement. *Thèse*, Paris, 1906.

BERTA DYLION. — De l'insertion vicieuse du placenta. *Thèse*,
Paris, 1890.

BOISSARD. — *Archiv. de Méd.*, 15 janvier 1903.

BOIVIN (Mme). — Mémorial de l'art des accouchements, 1836,
p. 421 et 485.

BONNAIRE. — Cause et évolution du travail dans l'avortement.
Presse Méd. Paris, 1905, n° 35.

BOUSQUET. — Des causes de l'avortement dépendant du père ou
de la mère. *Thèse*, Paris, 1872.

BOURGEAU. — Diagnostic précoce de la grossesse. *Thèse*, Paris,
1902.

BRINDEAU. — L'avortement. *Arch. gén. méd.*, Paris, 1903,
p. 95.

BRION. — Etude critique sur 530 cas d'avortement. *Thèse*,
Paris, 1892.

BUDIN. — Avortement. *Journal des S. F.*, Paris, 1905, p. 129.

CAPURON. — Cours théorique et pratique d'accouchement, 1870,
p. 83 et 306.

- CAZEAUX. — Traité théorique et pratique d'accouchement, 1870, p. 569.
- CHALEIX. — *Gaz. hebd. des Sc. Méd.*, Bordeaux, 1896, p. 93.
- CHARPENTIER. — Traité des accouchements, p. 961.
— *Bull. soc. méd. lég. de France*, 1879, p. 411.
- CONSTANTIN PAUL. — Considérations sur certaines maladies saturnines. *Thèse*, Paris, 1861.
- DANIEL. — Fausses couches multiples d'origine saturnine. *Journal d'accouchement*, Liège, 1896, p. 175.
- DELESTRE. — De l'avortement, Paris, 1904.
- DEMELIN. — *Journal des praticiens*, 1900, p. 33.
- DEPAUL. — Leçons de clinique obstétricale, 1872, p. 215, 263, 639.
- DEVILLIERS. — *Dict. méd. et chir. prat.* de Jaccoud, art. avortement.
- DIDAY. — Le péril vénérien dans les familles, 1881.
- DUGÈS. — Manuel d'obstétrique, Montpellier, 1840, p. 190.
- DUMONT. — *Bull. et mém. soc. obst. et gyn.*, Paris, 1894, p. 105.
- EDIS (A. W.). — Incomplete abortion. *Brit. M. J. London*, 1886, p. 1031.
- ESCANDE (P). — Des avortements. *Thèse*, Paris, 1903.
- FOURNIER. — Avortement dans la syphilis. *Gaz. hebd. méd.*, Paris, 1893, p. 506.
- GARDIEN. — Traité complet des accouchements, 1823, p. 129.
- GARIMOND. — Traité de l'avortement, 1873.
- GERBAUD. — Rétention du placenta et des membranes. *Thèse d'agrégation*, Paris, 1896.
- GORET. — Rétention prolongée de l'arrière-faix. *Thèse*, Paris, 1894.
- HÖBECKE. — Traité de l'avortement, 1842.
- HIPPOCRATE. — Traité des maladies des femmes. *Trad. Littré*, t. VIII, p. 252.
- HOFFMANN. — *Thèse*, Paris, 1900.

JACQUEMIER. — Manuel d'accouchement, 1844, t. II, p. 214 et 469.

— *Dict. encyclopédique*, art. avortement.

LABADIE, LAGRAVE et LEGUEU. — Traité de gynécologie, 1898, p. 36.

LEPAGE. — De l'insertion du placenta sur le segment inférieur. *Concours méd.*, 1892, p. 177, 280, 531.

LEVRET. — Art des accouchements, 1747, p. 436.

MAURICEAU. — Maladies des femmes, 1740, p. 160.

MONOD. — Diagnostic et traitement des métrorrhagies. *Clin. Brux.*, 1904, p. 951.

MOREAU. — Traité pratique d'accouchement, 1841, p. 367.

NŒGELÉ et GRENSER. — Traité pratique de l'art des accouchements, 1869.

OUI (H. F.). — De l'albuminurie gravidique comme cause de la mort du fœtus. *Gaz. hebd. sc. méd.*, Bordeaux, 1893.

— Grossesse gémellaire et insertion vicieuse, hémorrhagies précoces et avortement. *Echo méd. du Nord*, Lille, 1903, p. 325.

PINARD. — Des hémorrhagies causées par l'insertion vicieuse du placenta sur le segment inférieur. *Bull. Méd.* 1896, p. 317.

— Leçons de clinique obstétricale, 1899, p. 173.

PLAYFAIR. — Traité d'accouchement, 1879, p. 305.

RIBEMONT-DESSAIGNES et LEPAGE. — Précis d'obstétrique, 1900, p. 850.

SCHWAB. — De la syphilis du placenta. *Thèse*, Paris, 1896.

SMELLIE. — Traité des accouchements, trad. de Préville, 1771, p. 187.

TARGETT (J.-H.). — The diagnostic of abortion. *Guy's Hos. Gaz.*, London, 1905, p. 68.

TARNIER et BUDIN. — Traité des accouchements, 1886, t. II, p. 496.

- VARNIER. — De la délivrance dans l'avortement. *Revue prat. d'obst. et péd.*, Paris, 1892, p. 353, et 1893, p. 4, 33, 97.
- VELPEAU (A.-A.). — Traité complet de l'art des accouchements, 1853, t. I, p. 486.
- ZICLINSKI. — De la métrite, cause d'avortement. *Thèse*, Paris, 1895.

IMPRIMERIE F. DEVERDUN, BUZANÇAIS (INDRE)

